

**COMUNICACIÓN, SALUD Y RISA: ANÁLISIS DE LAS COMPETENCIAS  
COMUNICATIVAS DEL PERSONAL DE SALUD DEL PABELLÓN DE  
PEDIATRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER**

**MARÍA FERNANDA BAYONA ARÉVALO  
NATHALIE ESPINOSA CÁCERES  
MARÍA CONSTANZA JIMÉNEZ JÁCOME  
JESSICA ALEJANDRA PÉREZ OVALLE**

**Trabajo de grado para optar al título de  
Comunicador Social**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA  
FACULTAD DE COMUNICACIÓN Y ARTES AUDIOVISUALES  
PROGRAMA DE COMUNICACIÓN SOCIAL  
BUCARAMANGA**

**2013**

**COMUNICACIÓN, SALUD Y RISA: ANÁLISIS DE LAS COMPETENCIAS  
COMUNICATIVAS DEL PERSONAL DE SALUD DEL PABELLÓN DE  
PEDIATRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER**

**MARÍA FERNANDA BAYONA ARÉVALO  
NATHALIE ESPINOSA CÁCERES  
MARÍA CONSTANZA JIMÉNEZ JÁCOME  
JESSICA ALEJANDRA PÉREZ OVALLE**

**Trabajo de grado para optar al título de  
Comunicador Social**

**Director  
ROBERTO SANCHO LARRAÑAGA  
Doctor en Historia**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA  
FACULTAD DE COMUNICACIÓN Y ARTES AUDIOVISUALES  
PROGRAMA DE COMUNICACIÓN SOCIAL  
BUCARAMANGA**

**2013**

**Nota de aceptación**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Presidente de jurado**

---

**Jurado**

---

**Jurado**

Bucaramanga, 24 de mayo de 2013

## **DEDICATORIA**

A mi familia y especial a mis padres, Ana Rocío y Reynaldo, por su amor, motivación y apoyo incondicional. A mis maestros quienes me han orientado a lo largo de este proceso. A mis compañeras, sin las cuales esta investigación no hubiera sido posible. A la vida por permitirme culminar una nueva etapa. Este trabajo me llena de orgullo y me motiva a no resignarme a que siga el mundo como si yo no hubiera vivido.

**María Fernanda Bayona Arévalo**

A mis padres, Abdón y Carmen, quienes han sido mi inspiración, fuente de apoyo y comprensión; a mis hermanos, Liliana y Edinson, que con su cariño han contribuido a forjar un espíritu emprendedor en mi; a mis compañeras, quienes estuvieron y fueron testigo de este proceso de formación y culminación profesional.

**Nathalie Espinosa Cáceres**

A mis padres, Miguel y Azucena, quienes día a día me apoyan de manera incondicional y me brindan todo su amor.

A mis hermanos, Javier y Fernando, quienes son mi ejemplo a seguir.

A mi abuelita Tita, quien desde cielo, me cuida y me protege.

Y a Nemitto, quien en todo momento me brinda su cariño más sincero.

**María Constanza Jiménez Jácome**

Dedico esta investigación a mi familia, en especial a mi hermano Johan, a quien recuerdo y amo con todo mi corazón, y quien se ha convertido en mi más grata inspiración.

**Jessica Alejandra Pérez Ovalle**

## **AGRADECIMIENTOS**

Las autoras expresan sus agradecimientos a:

El Hospital Universitario de Santander, especialmente a los padres y familiares de los pacientes del Pabellón de Pediatría, quienes nos recibieron con la mejor disposición para el desarrollo de esta investigación.

La Fundación Corazón en Parches, cuya labor con la terapia de la risa inspiró la temática de estudio de este trabajo.

El Doctor en Historia, Roberto Sancho Larrañaga, director de esta investigación, por su constante motivación y sus valiosas aportaciones.

A todas personas que de alguna u otra manera aportaron en el desarrollo y realización de esta investigación.

# CONTENIDO

## RESUMEN

## INTRODUCCIÓN

### 1. CAPÍTULO I

<b>HACIA UNA CONCEPCIÓN DE LA TEORÍA: COMUNICACIÓN Y SALUD</b>	<b>34</b>
1.1 Inicios de la comunicación para la salud en el mundo	35
1.2 Inicios de la comunicación para la salud en Latinoamérica	41
1.3 Inicios de la comunicación para la salud en Colombia	44
1.4 Estado actual de la comunicación para la salud en el mundo	49
1.5 Estado actual de la comunicación para la salud en Latinoamérica	54
1.6 Estado actual de la comunicación para la salud en Colombia	60
1.7 Categorías de investigación	
1.7.1 Imaginarios	65
1.7.2 Comunicación	70
1.7.2.1 El lenguaje en la comunicación	74
1.7.2.2 Función y desarrollo del lenguaje	75
1.7.2.3 Símbolos y signos	75
1.7.2.4 Comunidad y comunicación en acción	76
1.7.2.5 Interaccionismo simbólico y la relación comunicativa	76
1.7.2.6 Comunicación no verbal	79
1.7.3 Competencias comunicativas	83
1.7.3.1 Desarrollo del término competencia comunicativa	83
1.7.3.2 Hacia una definición de competencia comunicativa	84
1.7.4 La risa	86
1.7.4.1 Definición y beneficios	86
1.7.4.2 Beneficios terapéuticos de la risa	90
1.7.4.3 Beneficios comunicativos de la risa	91
1.7.4.4 Terapia de la risa	
1.7.4.4.1 Definición, historia y estudios	93

1.7.5 Conclusión: en busca de una comunicación asertiva	97
---	----

## **2. CAPÍTULO II**

<b>IMAGINARIOS, ELEMENTOS CONCEPTUALES VISIBLES EN LA REALIDAD</b>	<b>101</b>
2.1 Los imaginarios como concepciones de la realidad percibida	102
2.2 Las experiencias, el primer eslabón para construir imaginarios	104
2.3 Los rumores como elementos que pueden distorsionar la realidad	120
2.4 Estereotipos y calificativos, una representación verbal del imaginario	135
2.5 Conclusión: la comunicación como herramienta transformadora de imaginarios	139

## **3. CAPÍTULO III**

<b>LA IMPORTANCIA DE LAS HABILIDADES COMUNICATIVAS DEL PERSONAL DE SALUD DEL PABELLÓN DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b>	<b>143</b>
3.1 Interacción, estrategia primordial para la formación de relaciones interpersonales sólidas entre los actores	146
3.2 Relaciones interpersonales entre actores	
3.2.1 Relación de voluntarios con los pacientes y familiares, y con el personal de salud	150
3.2.2 Relación entre el personal de salud y pacientes y/o familiares	159
3.3 Hacia la construcción de una comunicación humana: valores, actitudes y competencias comunicativas	169
3.3.1 Actitudes y valores del personal de salud del Pabellón de Pediatría del HUS	169
3.4 Habilidades comunicativas del cuerpo médico	176
3.4.1 Comunicación verbal y no verbal	183
3.4.2 El lenguaje y la expresión verbal en las interacciones sociales	185

3.4.3 El cuerpo como factor expresivo gestual y la comunicación no verbal	190
3.5 Conclusión: lenguaje y corporalidad, puentes comunicativos que fomentan las relaciones interpersonales sólidas	196
<b>4. CAPÍTULO IV</b>	
<b>EL LENGUAJE DE LA RISA</b>	<b>200</b>
4.1 Hacia una concepción de la risa	202
4.2 Los primeros encuentros entre actores	203
4.3 Dimensiones no verbales del lenguaje	208
4.4 Otras herramientas del lenguaje no verbal	213
4.5 Actitud y participación de los actores: la clave de la receptividad	216
4.6 Evaluando la receptividad de la risa	221
4.7 Conclusión: la risa, un puente comunicativo integral	225
<b>5. CAPÍTULO V</b>	
<b>DIMENSIONES ESTRATÉGICAS DE LA COMUNICACIÓN ASERTIVA</b>	<b>229</b>
5.1 Acercándonos por medio de estrategias comunicativas	231
5.2 Estrechando lazos	233
5.2.1 Háblame, entiéndeme y quíereme	236
5.2.2 Sin hablar también nos entendemos	245
5.2.3 Conclusión: estrategias comunicativas, la clave para la relación médico-paciente	254
5.3 Las imágenes, una comunicación contundente	256
5.3.1 Conclusión: en síntesis	266
5.4 Conclusión: las estrategias como herramientas de comunicación	266
<b>6. COMUNICACIÓN, SALUD Y RISA: HALLAZGOS Y CONCLUSIONES FINALES</b>	<b>270</b>
<b>7. BIBLIOGRAFÍA</b>	



## LISTA DE ANEXOS

### **Anexo A: Formatos de metodología aplicada**

### **Anexo B: Entrevistas a:**

Anexo 1: Practicante de enfermería de Eforsalud.

Anexo 2: Jefe de enfermeras del Pabellón de Pediatría.

Anexo 3: Practicante de enfermería de Eforsalud.

Anexo 4: Enfermera auxiliar.

Anexo 5: Practicante de enfermería de Eforsalud.

Anexo 6: Practicante de enfermería de Eforsalud.

Anexo 7: Camillero del Pabellón de Pediatría.

Anexo 8: Practicante de enfermería de Eforsalud.

Anexo 9: Juan Pablo Gómez, voluntario de la Fundación Corazón en Parches.

Anexo 10: Juan Manuel Espinosa, voluntario de la Fundación Corazón en Parches.

Anexo 11: Julián Vargas, voluntario de la Fundación Corazón en Parches.

Anexo 12: Omar Camargo, voluntario de la Fundación Corazón en Parches.

Anexo 13: José Fernando Tovar, Médico Fundador de la Fundación Corazón en Parches.

Anexo 14: Familiar de paciente del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander.

Anexo 15: Familiar de paciente del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander.

Anexo 16: Familiar de paciente del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander.

Anexo 17: Familiar de paciente del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander.

Anexo 18: Familiar de paciente del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander.

Anexo 19: Familiar de paciente del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander.

Anexo 20: Sebastián González, Comunicador Social de la Clínica Materno Infantil San Luis.

Anexo 21: Fernando Gómez, Jefe del Departamento de Comunicaciones de la Foscál.

Anexo 22: Jimmy Fortuna Vargas, Docente de Taller de Lenguaje de la Universidad Industrial de Santander.

**Anexo C: Métodos de observación:**

Anexo 23: Métodos de observación antes de la terapia de la risa.

Anexo 24: Método de observación durante la terapia de la risa.

**Anexo D: Lista de tablas:**

Anexo 25: Tabla 1. Tabla de análisis de las competencias comunicativas.

Anexo 26: Tabla 2. Tabla de análisis de los imaginarios.

Anexo 27: Tabla 3. Tabla de análisis de la risa como elemento comunicativo.

**Anexo E: Lista de fotografías:**

Anexo 29: Fotografías.

## RESUMEN

Esta investigación titulada 'Comunicación, salud y risa: análisis de las competencias comunicativas del personal de salud del pabellón de pediatría del Hospital Universitario de Santander', tuvo como propósito principal el planteamiento de estrategias que, apoyadas en la terapia de la risa como herramienta terapéutica, fortalezcan las competencias comunicativas del personal de salud del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander.

De esta manera, la investigación busca responder el problema comunicativo planteado en sus inicios, el cual indaga en ¿cómo la comunicación y la terapia de la risa como lenguaje terapéutico, contribuye al fortalecimiento de las competencias comunicativas del personal de salud para mejorar la relación con sus pacientes? De esta manera, se concluye que ambas herramientas fomentan ambientes positivos en la esfera social planteada, a partir de la articulación de la terapia de la risa, como herramienta comunicativa, puesta en práctica por el personal de salud, -especialmente por las enfermeras- y el uso de recursos verbales y no verbales en la comunicación entre los actores implicados. También se reconoce la influencia que tiene en la construcción de imaginarios positivos frente al personal de salud y que a su vez, logra transformar experiencias negativas en vivencias mucho más agradables y participativas que faciliten un ambiente de comunicación asertiva. De esta forma se facilita la creación de vínculos y relaciones interpersonales sólidas por medio de la comunicación asertiva.

**Palabras clave:** imaginarios, calificativos, comunicación, risa, terapia de la risa, cuerpo médico, paciente, comunicación asertiva, vínculos, estrategia, ambiente hospitalario, lenguaje verbal, corporalidad.

## ABSTRACT

This investigation entitled "communication, health and laugh: analysis of communication skills of health staff pediatric ward of Hospital Universitario de Santander", had as a main purpose the approach of communication strategies wich, supported in laughter therapy as a therapeutic tool, strengthen communication skills of the health personnel pediatric ward of Hospital Universitario de Santander.

Thus, this investigation seeks to answer the communicative question posed in the beginning, with explores ¿How communication and laughter therapy as a therapeutic language helps strengthen communication skills of health workers to improve the relationship with their patients? On this way, it is concluded that both tools foster positive environments posed in the social sphere, from the joint laughter therapy, as a communication tool, implemented by the health personnel, especially nurses - and the resource use verbal and nonverbal communication between stakeholders. It also recognize that the influence of laughter therapy can transform negative experiences into much more pleasant experiences that facilitate a participatory and assertive communication environment. This will facilitate the creation of strong interpersonal ties and relations through assertive communication.

**Keywords:** imaginary, qualifiers, communication, laugh, laughter therapy, medical staff, patient, assertive communication, ties, strategy, hospital environment, verbal language, corporality.

## INTRODUCCIÓN

*"Un humor terapéutico es un humor inteligente, y ha de facilitar la comunicación y la empatía entre el paciente y el profesional y crear el clima apropiado para que se puedan expresar los sentimientos, las dudas y los miedos".*

*Begoña Carbelo Baquero*

A medida que la sociedad evoluciona y cambia es más evidente la necesidad de implementar nuevas formas de comunicación que busquen informar, solucionar, divulgar y suplir las problemáticas que surgen en este mundo globalizado. La salud es sin duda, uno de los factores que cobra importancia en la actualidad pues en esta se presentan diversas problemáticas que afectan a los seres humanos debido al interaccionismo que se genera en esta esfera social.

La búsqueda del bienestar integral requiere de herramientas que garanticen efectividad en las acciones que se desarrollan en los campos de la comunicación y la salud. La sociedad está inmersa en una cultura de valores más estéticos que éticos, y parece necesario incorporar formas de comunicación que rompan con estas barreras y añadan elementos innovadores y originales que fortalezcan las relaciones que se forjan entre los actores involucrados en un ambiente hospitalario<sup>1</sup>. Esta situación abre un campo de investigación interesante en el cual la comunicación y el lenguaje juegan un papel crucial. "Nuevas formas de organización social, comunicación e interacción demandan soluciones nuevas. De esta forma, la comunicación para la salud podría transformarse en una disciplina clave en la articulación de una sociedad saludable basada en principios de ciudadanía, equidad y democracia"<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> CARBELO BAQUERO, Begoña. El humor en la relación con el paciente. Una guía para profesionales de la salud. Barcelona, España: Editorial Masson, S.A. 2005. p 13.

<sup>2</sup> TUFTE, Thomas. Traducción al castellano. FISEC-Estrategias - Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Lomas de Zamora. Marzo 2006. Año III, Número 7, Mesa II (2007). La comunicación y la salud en un contexto globalizado: situación, logros y retos. Argentina. p. 39.

Se apropia así la relación entre la comunicación y la salud como eje central de esta investigación, planteando como núcleo global a la risa, vista como un lenguaje terapéutico que mejora las habilidades comunicativas del personal de salud del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander, HUS. En el escenario de la salud, las personas suelen utilizar el sentido del humor para comunicar ideas y disminuir el estrés. Para lograr una comunicación eficaz se debe “tener disposición al escuchar los mensajes e interpretarlos, ya que esto disminuye la complejidad de este escenario, donde intervienen actores con diferentes lenguajes en el proceso comunicativo de esta relación terapéutica”<sup>3</sup>.

Se parte entonces, de la definición de la risa como “el movimiento de la boca y otras partes del rostro que demuestran alegría”<sup>4</sup>. Una expresión resultado de ciertas emociones que se provocan por estímulos en nuestro entorno, generalmente de carácter jocoso, humorístico o placentero. “La risa es una respuesta fisiológica al humor que implica ciertas reacciones, así como cambios psicológicos positivos, los cuales han sido fuente de múltiples teorías que buscan la relación entre la risa y el humor con la calidad de vida de los seres humanos”<sup>5</sup>.

La risa vista como una herramienta de interacción entre los actores, se convierte en un lenguaje. La función primordial del lenguaje consiste en “influir sobre el medio circundante, por ello, es necesario definir el lenguaje como un medio de actuar sobre el oyente o receptor y no como un medio de expresión (...). El papel social del lenguaje es posible gracias a una convención tácita, ya que una vez entendido el comando lingüístico, se somete a la acción y al uso”<sup>6</sup>.

De esta manera la risa y el lenguaje se convierten en piezas fundamentales a la hora de mejorar las habilidades comunicativas del personal de salud y aportan, de igual forma, al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes hospitalizados.

---

<sup>3</sup> CARBELO. Op. cit., p. 110.

<sup>4</sup> RAMOS, José.SUSANIBAR, Carlos. CHRISTIAN, Rafael y BALAREZO, Gunther. Risoterapia: un nuevo campo para los profesionales de la salud. Universidad científica del sur, Lima, Perú. En: Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna. Edición 17. 2004 p. 57.

<sup>5</sup> BENNETT, Mary Payne y LENGACHER, Cecilie A. El humor y la risa puede influenciar en la salud. Publicación de ISMET sobre investigación en terapias naturales. [en línea] Edición 16. Diciembre de 2007. p.2.

<sup>6</sup> FRANCOIS, Frédéric. MANDELBROT, Benoît. BUYSSSENS, Bertil. PRIETO, Luis J.. GUIARAU, Pierre.El lenguaje. La comunicación. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Cisió. 1977. p.21.

La relación entre la comunicación y la salud, dos elementos clave en la vida de las personas, se ha venido consolidando paulatinamente en los últimos años. Profesionales de diversos campos han insistido en reconocer y probar que ambos elementos “constituyen dimensiones de la vida, cuya articulación –o ausencia de articulación- afecta de manera directa la salud y, en un sentido más amplio, la calidad de vida de los individuos, las familias y las sociedades”<sup>7</sup>.

A partir de esto, para la investigación se define la comunicación para la salud como el estudio y la utilización de estrategias de comunicación interpersonal, organizacional y mediática destinadas a informar e influir en las decisiones individuales y colectivas propicias para la mejora de este escenario. Según la Organización Mundial de la Salud, OMS, “la comunicación para la salud abarca diferentes áreas que incluyen a la educación, el periodismo sanitario, la comunicación interpersonal, la abogacía por la salud en los medios de comunicación, la comunicación dentro de las organizaciones, la comunicación sobre riesgos, la comunicación social y el marketing social”<sup>8</sup>.

Las áreas anteriormente mencionadas, se encargan de estructurar y analizar esta nueva relación que incorpora fenómenos como el estudio de una adecuada cobertura de los temas de salud por parte de los medios masivos, la disminución de la brecha existente entre los avances de la medicina y la incorporación de éstos por la población. A su vez, el estudio de las estrategias y los medios necesarios para lograr que las temáticas de salud alcancen los públicos objetivo y produzcan en ellos efectos concretos. De igual forma, la motivación en la población hacia temas como políticas de salud y calidad de vida, la generación de acciones efectivas en favor de la prevención de la enfermedad y la protección y la promoción de la salud integral. Paralelamente, “esta validación del campo se ha ido manifestando en el terreno académico por medio del aumento de número de

---

<sup>7</sup> SILVA PINTOS, Virginia. Inmediaciones de la comunicación. Escuela de Comunicación de la Universidad ORT Uruguay. Disponible en: <<http://www.ort.edu.uy/fcd/pdf/InmediacionesIII.pdf#page=118>> [citado el 18 de febrero de 2012]. p. 10.

<sup>8</sup> TERRON, José Luis. El estado de la comunicación y la salud en España. *ECO-PÓS*. Vol. 10, No 1. p. 2.

áreas, programas de especialización y proyectos de investigación asociados al tema comunicación y salud”<sup>9</sup>.

A su vez, el tema de comunicación para la salud ha sido abordado desde “áreas del conocimiento que interrelacionan estos dos términos, como es el caso de la comunicación institucional, la educación acerca de los medios de comunicación, el periodismo especializado en salud, la comunicación de riesgos, la educación entretenida, la comunicación social y la promoción de la salud en los medios de comunicación”<sup>10</sup>. Estas temáticas comprenden un contexto académico en donde el estudio de la comunicación para la salud se define como el arte y la técnica de informar, influir y motivar audiencias a nivel individual, institucional y público, acerca de temas relacionados el campo sanitario. “Su alcance incluye la prevención de enfermedades, política de cuidado de salud, así como el aumento de la calidad de vida de los individuos dentro de la comunidad”<sup>11</sup>.

Es por esto, que “la comunicación asertiva se considera esencial al momento de fortalecer las interacciones humanas, en donde la risa y en el sentido del humor, aparecen como elementos que contribuyen a ser de esta experiencia un espacio más participativo”<sup>12</sup>. Entonces, la risa resulta un factor que agrega valor a los procesos comunicativos porque brinda “una atmósfera que posibilita una mejor comunicación con los pacientes y relaja el ambiente para poder abordar, de manera más efectiva, los problemas de salud”<sup>13</sup>.

Como lo afirma Begoña Carbelo Baquero, psicóloga española, investigadora y profesora titular del Centro Universitario de Ciencias de la Salud San Rafael Nebrija, “una vez se entienden las razones y los beneficios que se alcanza con la

---

<sup>9</sup> SILVA. Op. cit., p.10

<sup>10</sup> Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo. *29.a sesión, 1 y 2 de diciembre de 1997. Punto 7 del orden del día provisiona*. Comunicación y salud. Disponible en <<http://www.paho.org/spanish/GOV/CE/SPP/doc233.pdf>> [Citado el 25 de febrero de 2012] p. 10.

<sup>11</sup> RÍOS HERNÁNDEZ, Iván. Comunicación en Salud: Conceptos y modelos teóricos. Universidad. San Juan, Puerto rico . *Perspectivas de la Comunicación*. Vol. 4, No 1, 2011.ISSN 0718-4867 Universidad de la Frontera, Chile. p.14. [PDF en línea].

<sup>12</sup> CARBELO. Op. cit., p. 109.

<sup>13</sup> Ibid., p. 1.



risa, se incorpora a la vida como una forma de comunicación efectiva y creativa, como una necesidad más a tener en cuenta y como uno de los derechos que tienen las personas de vivir en un ambiente más positivo y más saludable”<sup>14</sup>.

En este orden de ideas, es preciso puntualizar en aspectos básicos de las necesidades comunicativas del ser humano, y cómo estas toman relevancia en la población infantil, en especial, aquella que se encuentra en hospitalizada.

## **COMPETENCIAS COMUNICATIVAS: HACIA UNA MEJORÍA EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE**

Las necesidades comunicativas del ser humano nacen de su naturaleza como ser social y racional. Lo que comenzó con la conformación de manadas para cazar y conseguir víveres o recursos de manera más efectiva, ha evolucionado hasta lo que hoy conocemos como sociedad. Estas necesidades, que en principio respondían a actividades en colectivos, llevaron al ser humano a buscar formas y maneras de comunicarse, las cuales van, desde las artes hasta la creación de lenguas que se estiman ya son alrededor de 6.912<sup>15</sup>.

Como afirma Amparo Alcina Caudet, “el lenguaje se ha formado para expresar y transmitir emociones, necesidades y percepciones humanas”<sup>16</sup>, el cual es base para crear vínculos interpersonales y generar espacios de comunicación en las diversas esferas de interacción social. Sin embargo, esta función resulta ineficiente cuando lo que se dice o transmite alcanza cierto grado de abstracción para alguno de los individuos interactuantes.

El grado de especialización que han desarrollado los seres humanos en diferentes materias y ámbitos del mundo globalizado ha aumentado las brechas de

---

<sup>14</sup> CARBELO, Op cit., p.15.

<sup>15</sup> GRIMES, F Bárbara. The Ethnologue: Languages of the World (El etnólogo: lenguajes del mundo). 15ª edición. 2005. Disponible en: <<http://yaestaellistoquetodolosabe.lacoctelera.net/post/2008/03/24/6-912-lenguas-el-mundo>> [citado el 20 de marzo de 2012]

<sup>16</sup> Departamento de traducción y comunicación. Universidad Jaime I. Castellón. Publicación Panacea@ El español como lenguaje de la ciencia y de la medicina. España Vol. 2. (Junio. 2001) Disponible en: <[http://medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n4\\_EspLenguaCiencia.pdf](http://medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n4_EspLenguaCiencia.pdf)> [citado el 20 de marzo de 2012].

comunicación debido a su complejidad. Esta brecha se ve marcada por los diferentes lenguajes que constituyen cada especialidad y que solo son propios de “un tipo de sociolecto determinado por las necesidades de comunicación en el ámbito de una profesión”<sup>17</sup>.

Una de las especialidades que más difiere en su lenguaje y terminología del sociolecto común de las masas es la salud o medicina. Los conceptos propios de este campo dificultan el proceso comunicativo que se da entre los médicos, pacientes y familiares, lo cual provoca que la relación entre estos actores sea distante y se enfoque, principalmente, en el diagnóstico y la lectura de signos y patologías, como lo afirma Francisco Bohórquez:

“La relación médico-paciente suele centrarse en los problemas anatómico y fisiológicos, desatendiendo las demás dimensiones de la persona (...) que llevan al médico a ignorar o subvalorar aquellos aspectos relacionados con el comportamiento, la sociedad y la cultura, que permiten contextualizar y percibir fenómenos relacionados con el origen de la enfermedad, las estrategias terapéuticas y su prevención”<sup>18</sup>.

Desde esta perspectiva, y reconociendo la necesidad de la salud y la medicina como gestoras de bienestar físico en las sociedades, se evidencia una oportunidad de mejora en cuanto a las competencias comunicativas del cuerpo médico en general. También se encuentra en el reconocimiento de un ambiente comunicativo y social, adecuado para las necesidades físicas y psicológicas de la niñez en estado de hospitalización.

A pesar de que la interacción comunicativa que se establece entre un médico y su paciente busca, en principio, “facilitar y mediar el proceso diagnóstico y

---

<sup>17</sup> ALCINA CAUDET, María Amparo. El español como lengua de la ciencia y de la medicina, lengua y variedades de uso. Revista Panacea Vol. 2, No 4, (Junio 2001). Madrid, España. p. 47. Disponible en: <[http://medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n4\\_EspLenguaCiencia.pdf](http://medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n4_EspLenguaCiencia.pdf)> [citado el 20 de marzo de 2012]

<sup>18</sup> BOHÓRQUEZ, Francisco. El diálogo como mediador de la relación medico - paciente. En: Revista ieRed: Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa [en línea]. Vol.1, No.1 ISSN 1794-8061 (Julio-Diciembre de 2004). Disponible en : <<http://revista.iered.org>> [citado el 20 de marzo de 2012].

terapéutico”<sup>19</sup> de este último, es claro que al existir barreras en la comunicación de estos individuos, dichos procesos resultan fatigantes y hostiles para los niños y sus familias. De esta manera se afecta su esfera de social tal y como la concibe la Organización Mundial para la Salud, OMS, al referirse a la necesidad de propiciar “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades”<sup>20</sup>.

Para esto, Pedro Laín Entralgo plantea que la relación médico paciente “debe ir más allá de un simple intercambio de información. El cuerpo médico debe buscar construir una relación más sólida, recíproca y fructífera que resulte casi en una amistad”<sup>21</sup>, en la cual el paciente se pueda sentir cómodo al interactuar con su médico y demás personal de salud, de manera que mejore su sintomatología gracias a las relaciones establecidas en el ambiente hospitalario y facilite el interaccionismo entre los actores involucrados.

Así pues, se postula la habilidad comunicativa como la segunda competencia más importante que debe alcanzar el médico general desde su práctica médica<sup>22</sup>, teniendo en cuenta uno de los derechos del niño hospitalizado que expresa que este tiene derecho a “recibir una información adaptada a su edad, su desarrollo mental y su estado afectivo y psicológico”<sup>23</sup>. Es de vital importancia para el desarrollo del bienestar físico y mental de este colectivo en etapa de crecimiento, capacitar al cuerpo médico en habilidades comunicativas que le permitan entablar relaciones directas y sólidas con los pacientes. Todo esto, en busca de la mejora del ambiente hospitalario, la percepción de los niños y sus familias; y lo más importante, que esto repercuta positivamente en el tratamiento y la mejoría de los niños en hospitalización.

---

<sup>19</sup> Ibid., Disponible en : <<http://revista.iered.org>>.

<sup>20</sup> PREÁMBULO DE LA CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: Conferencia Sanitaria Internacional. Nueva York, 22 de julio de 1946. Disponible en: <<http://www.who.int/suggestions/faq/es/>> [citado el 20 de marzo de 2012].

<sup>21</sup> BOHÓRQUEZ. Op. cit.

<sup>22</sup> Los médicos del mañana (Tomorrow's doctors). Recomendaciones para la educación médica de pregrado. Consejo General de Medicina (General Medical Council) Febrero 2003. Disponible en: <[http://www.medicina.ull.es/aulavirtual/file.php/1/EEES/Documentos Internacionales/4. Los medicos del mañana.pdf](http://www.medicina.ull.es/aulavirtual/file.php/1/EEES/Documentos_Internacionales/4_Los_medicos_del_mañana.pdf)> [citado el 26 de abril de 2012].

<sup>23</sup> Disponible en: <<http://www.bebesymas.com/salud-infantil/derechos-del-nino-hospitalizado-y-de-sus-padres>> [citado el 26 de abril 2012].

Al hablar de ambiente hospitalarios se hace referencia a los hospitales como tal y el entramado de relaciones y percepciones que se desarrollan en su interior, a partir de las experiencias de los actores que en el intervienen.

## **LA TERAPIA DE LA RISA, UNA HERRAMIENTA COMUNICATIVA CLAVE**

Los hospitales están diseñados para cumplir funciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Es por esto que el ingreso a una institución hospitalaria es imaginado como una experiencia fría y estresante que, en la mayoría de las ocasiones, genera un fuerte impacto psicológico en el paciente debido al estado de enfermedad en el que se encuentra y al poco interaccionismo que se da entre los actores involucrados.

Situaciones, como las anteriormente mencionadas, son propias del imaginario que día a día se crea y difunde en la sociedad frente al ambiente y trato hospitalario que se da en este escenario. En este colectivo social se desliga la importancia de la relación médico-paciente, aspecto fundamental, que hace necesario que el personal de salud de las instituciones fortalezcan las competencias que le permita tener mejor relación con los pacientes a través de una comunicación estrecha y asertiva. Y es que la formación de estereotipos alrededor de estas experiencias dificulta el tratamiento médico que reciben los pacientes, por cual debe estar acompañado de elementos que propicien un ambiente menos complejo y más cercano entre los actores.

Pero un ambiente propicio en el hospital no se basa solamente en las condiciones del lugar. Es cierto que unas instalaciones físicas confortables, seguras y con una dotación apropiada son pilares fundamentales para cada uno de los tratamientos que se pongan en marcha, pero no se pueden dejar a un lado las relaciones interpersonales del equipo médico con los pacientes. Es aquí donde se encuentra una falencia que dificulta la relación del cuerpo médico con los pacientes donde las barreras de comunicación son las constantes. Por ello es recomendable que

todo el personal de los hospitales, y para este caso el del personal del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander, HUS, reconozca que desde la mejora de sus competencias comunicativas contribuye a fortalecer las relaciones interpersonales con sus pacientes –y de esta manera- ayude a crear un escenario en donde las percepciones positivas cobren importancia en este colectivo social.

Según el Departamento de Salud de Puerto Rico, es necesario forjar “un proceso de acogida que requiere de una atención integral –por parte del equipo médico- al paciente y su entorno, cuyo objetivo es ofrecer una ambiente que sea confortable. De igual forma, el tipo de relación que se establece entre el paciente y los dispositivos asistenciales interviene de forma decisiva en el tratamiento que se esté aplicando”<sup>24</sup>.

Para lograr dicho proceso de acogida es necesario crear lazos de identificación con los pacientes y contribuir a la atención integral, a partir del mejoramiento de las competencias comunicativas del cuerpo médico y de las formas en que este se relaciona con los pacientes. Un mecanismo útil, que según varios estudios, ha dado buenos resultados en este proceso es la risa como lenguaje y puente comunicativo entre todos los actores sociales en los centros hospitalarios. La aplicación de la risa como herramienta terapéutica permite que exista una mejor comunicación entre el personal de salud, los pacientes y los familiares, que se ve reflejado en un mejor ambiente hospitalario, el cual es entendido como el “conjunto de elementos físicos y humanos que estimulan al paciente hacia su salud y rehabilitación”<sup>25</sup>, según Carmen Díaz Pérez, integrante del Departamento de Salud de Puerto Rico.

---

<sup>24</sup> DÍAZ PÉREZ, Carmen. Módulo Institucional: Ambiente de Hospital. Departamento de Salud de Puerto Rico. Puerto Rico: Edic College. 2011 p.2. [PDF en línea]. Disponible en: <<http://www.ediccollege.com/pdf/EducacionContinuaPDF/Ambiente%20de%20Hospital.pdf>> [citado el 23 octubre de 2011].

<sup>25</sup> Ibid., p. 8.

## **EL NIÑO HOSPITALIZADO Y LA TERAPIA DE LA RISA**

A partir de lo mencionado anteriormente, la risa como herramienta terapéutica, surge como estrategia para mejorar el proceso de hospitalización y la relación entre los actores participantes en este escenario. De esta manera se construye un ambiente hospitalario adecuado para el paciente basado en el desarrollo de la comunicación interna de las instituciones por medio del fortalecimiento de las competencias comunicativas.

Teniendo en cuenta lo expuesto hasta este momento, se identifica una oportunidad de mejora en el fortalecimiento de las competencias comunicativas del personal de salud, competencias que tienen incidencia directa en la relación médico-paciente. Este problema comunicativo se centra en que el campo de la salud se ha enfocado en el entrenamiento académico y profesional, lo que ha generado profesionales altamente capacitados para atender las enfermedades y patologías que aquejan a las personas, pero con dificultades para formar relaciones estrechas con sus pacientes y relacionarse con ellos.

La falta de un desarrollo óptimo de las competencias comunicativas ha propiciado una barrera en el contacto interpersonal entre estos actores, haciendo de los hospitales un ambiente frío y tenso, donde la atención se centra en la salud desde un ámbito fisiológico y se deja de lado esfera psicosocial de los pacientes.

La comunicación debe ser vista entonces, como una herramienta para disminuir la brecha entre los actores involucrados en el ambiente hospitalario. Esta comunicación no puede sólo reducirse a lenguaje verbal, sino que también debe incluir elementos no verbales, ya que estos constituyen un importante en el tratamiento de los pacientes.

La terapia de la risa se ha usado desde hace algún tiempo en los hospitales como una estrategia para mejorar el estado anímico de los pacientes y contribuir a una comunicación más humana y cercana es este escenario. Es así como el objetivo de esta investigación se centra en generar, mediante la comunicación y la terapia

de la risa, un ambiente en donde tanto el cuerpo médico como los pacientes puedan tener una relación más humana y un trato que beneficie la calidad de vida de ellos.

Ante este problema comunicativo surge entonces la siguiente pregunta, a la cual se busca dar respuesta durante el desarrollo de esta investigación cualitativa: ¿Cómo la comunicación y la terapia de la risa, como lenguaje terapéutico, contribuyen al fortalecimiento de las competencias comunicativas del personal de salud del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander y ayudan a mejorar la relación con sus pacientes?

Para contribuir a la posible respuesta de esta pregunta comunicativa, se plantea una hipótesis que se referencia como el lineamiento al cual se ciñe la investigación, y sobre la cual se plantean y desarrollan los objetivos a alcanzar. En este orden de ideas, se plantea como hipótesis que: La terapia de la risa como lenguaje terapéutico, fortalece las competencias comunicativas del personal médico y mejora su relación con los pacientes.

Es así como a partir de este interrogante se plantea el objetivo general a desarrollar en esta investigación: plantear una estrategia comunicativa que apoyada en la terapia de la risa, como herramienta terapéutica, fortalezca las competencias comunicativas del personal de salud del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander, HUS.

Para lograr el desarrollo y el cumplimiento de este objetivo se plantean otros específicos que apoyan la investigación, los cuales equivalen, en primera instancia, al proceso de investigación cualitativa que –tras un posterior análisis– permite identificar las falencias comunicativas del personal de salud y, su vez, destaque las herramientas usadas durante la terapia de la risa como elementos que fortalecen el mejoramiento de las habilidades del cuerpo médico para establecer relaciones más cercanas con sus pacientes.

El primer objetivo específico que se plantea en esta investigación es: indagar sobre los imaginarios que tienen los diferentes actores del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander, HUS, frente a las competencias comunicativas del personal de salud. Para esto, se empleó una metodología basada en entrevistas semi-estructuradas al cuerpo médico, padres y familiares del HUS y voluntarios de la Fundación Corazón en Parches. Además, se tuvo en cuenta el método de observación realizado antes, durante y después de la terapia de la risa tanto al personal de salud como a los voluntarios.

Teniendo como base lo imaginarios, se planteó un segundo objetivo específico: analizar las diferentes competencias comunicativas del personal de salud que influyen en el interaccionismo simbólico en el Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander. De la misma manera, se trazó un tercer objetivo, el cual no difiere mucho del anterior. En este se busca, analizar el trabajo de la Fundación Corazón en Parches con la terapia de la risa, como herramienta para mejorar los procesos de comunicación del Pabellón de Pediatría, y evaluar el aporte que tiene en las competencias comunicativas del personal de salud del HUS.

A partir de la recolección de la información cualitativa, del análisis de la misma y teniendo como punto de partida la hipótesis planteada para esta investigación, se elaboró un último objetivo específico el cual reúne las labores desarrolladas en los objetivos anteriores y hace visible las fortalezas de la terapia de la risa como herramienta para desarrollar las oportunidades de mejora identificadas en el personal de salud del HUS. Específicamente se planteó: proponer una estrategia para fortalecer las competencias comunicativas del personal de salud del Pabellón de Pediatría del HUS, apoyada en las actividades que realiza la Fundación Corazón en Parches.

Es así como a partir del análisis de la información que se recolectó en el Pabellón de Pediatría del HUS, se evidenció la influencia positiva que la terapia de la risa tiene en el ambiente hospitalario y en las relaciones que se generan allí. Esto



plantea un panorama donde es posible involucrar la risa y otros elementos de la terapia como herramientas que apoyen las construcciones de escenarios positivos en los cuales se puedan gestar relaciones más estrechas y humanas.

## **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **Determinación del método e instrumento de medición para el cumplimiento de los objetivos del proyecto**

En esta parte del documento se describe la metodología empleada en esta investigación y se especifica la manera en que los instrumentos de medición apoyan el proceso de recolección de información, basados en los objetivos anteriormente planteados. Para lograr los objetivos de la investigación se utilizaron elementos cualitativos, en los cuales se incluyeron métodos de observación y entrevistas, principalmente. Fue así como se definió la metodología que apoyó la investigación:

- **La observación de campo** se empleó para los objetivos relacionados con las competencias comunicativas del personal de salud del Pabellón de Pediatría del HUS, así como para analizar el trabajo realizado por la Fundación Corazón en Parches con la terapia de la risa, como herramienta para mejorar fortalecer las competencias comunicativas del personal de salud.
- **Las entrevistas exhaustivas** se emplearon para indagar sobre los imaginarios que tienen los diferentes actores acerca de las competencias comunicativas del personal de salud del Pabellón de Pediatría del HUS.

### **Método de Observación**

La experiencia sensitiva es una de las herramientas más antiguas para el conocimiento humano. Desde los inicios de las investigaciones científicas se ha

valorado el conocimiento empírico, el cual es adquirido a través de la experiencia, la percepción y la información que se adquiere por medio de los sentidos. La visión se convierte entonces, en el sentido más usado para la percepción de fenómenos y estudios científicos, y es a partir de ahí de donde se habla del método de observación para realizar diversos tipos de investigación. La investigación puede concebirse entonces, “como un proceso circular, que incluye un poco de ir y venir y de dar vueltas antes de llegar al propósito final”<sup>26</sup>.

La observación es definida por la Real Academia Española de la Lengua como examinar atentamente<sup>27</sup>. Pero más allá de una escueta definición de la palabra, se anota el significado de Sierra Bravo, quién define la observación como “la inspección y estudio realizado por el investigador, mediante el empleo de sus propios sentidos, con o sin ayuda de aparatos técnicos, de las cosas o hechos de interés social, tal como son o tienen lugar espontáneamente”<sup>28</sup>. “La observación de métodos y técnicas constituye uno de los ideales de todo científico. Con esto se quiere decir, que aspira a observar, registrar e interpretar los sucesos en forma tal que observadores independientes puedan verificar sus hallazgos”<sup>29</sup>.

Por ser una herramienta de uso empírico, “la observación puede hacerse sobre la vida de la gente, las expectativas vividas, los comportamientos, las emociones y los sentimientos, así como al funcionamiento organizacional, los movimientos sociales, los fenómenos culturales, la interacción entre las naciones”<sup>30</sup> y una infinidad de fenómenos que merezcan ser estudiados y analizados.

Toda investigación debe estar sustentada por la observación como complemento a las demás herramientas de recolección de datos, ya que esta es la base para

---

<sup>26</sup> STRAUSS, Alselm. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Facultad de enfermería de la Universidad de Antioquia. Universidad de Antioquia. Medellín. 2004. p.12.

<sup>27</sup>REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Banco de datos (CORDE) [en línea]. Disponible en: <[www.rae.es](http://www.rae.es)> [citado el 22 de abril de 2012]

<sup>28</sup> SIERRA R, Bravo. La tesis en el doctorado . Edit. Paraninfo, Madrid, España. 1984: En: GONZÁLEZ, G. Cómo hacer una tesis. México D.F: Edit. Grijalbo.1997.

<sup>29</sup> FESTINGER, León Y KATZ, Daniel. Los métodos de investigación en las ciencias sociales. España:Editorial Paidós. 1972. p. 235.

<sup>30</sup> STRAUSS. Op. cit., p. 12.

poder entender el fenómeno de estudio y los hechos en el entorno. Todo esto complementado con una base teórica previa que, es quizá, la esencia de cualquier metodología de recolección de datos. “La teoría denota un conjunto de categorías bien constituidas, por ejemplo, temas y conceptos, interrelacionadas de manera sistemática por medio de oraciones que indican relaciones para formar un marco teórico que explica algún fenómeno social, psicológico, educativo, de enfermería o de otra clase. Las oraciones que indican relación, explican quién, qué, cuándo, dónde, por qué y con qué consecuencias ocurren los acontecimientos”<sup>31</sup>.

Posteriormente, y antes de iniciar la observación, debe tenerse además una hipótesis con variables a indagar de manera que la observación pueda ser guiada y eficaz. “El investigador habrá partido de alguna teoría acerca de la forma como dichas variables afectan la conducta, y habrá elegido observar las reacciones que le parezcan adecuadas a su propósito”<sup>32</sup>.

“El uso de la observación para estudiar fenómenos sociales ha aumentado notablemente en los últimos años. Las experiencias realizadas han demostrado que la observación directa de la conducta social puede proporcionar datos confiables y conceptualmente significativos, tanto en los estudios de campo, como en la experimentación de laboratorio”<sup>33</sup>. La comunicación como ciencia social, no posee muchas herramientas cuantitativas para analizar algunos procesos de intercambio de información y comunicación. Dichos procesos que estudia la comunicación requieren ser evaluados por herramientas de carácter cualitativo que le permita indagar más a fondo los fenómenos de intercambio de información y procesos comunicativos. Al ser de carácter cualitativo, este tipo de herramientas deben usarse de manera cuidadosa y objetiva, de tal forma que no influya o altere los resultados de la investigación. “En la investigación cualitativa, ser objetivos no significa controlar las variables, sino ser abiertos, tener la voluntad de escuchar y de darle voz a los entrevistados, sean estos individuos u organizaciones. Significa

---

<sup>31</sup> Ibid., p. 25.

<sup>32</sup> FESTINGER. Op. cit., p. 237.

<sup>33</sup> FESTINGER. Op. cit., p. 353.

oír lo que otros tienen para decir, y ver lo que otros hacen, y representarlos tan precisamente como sea posible”<sup>34</sup>. Es ahí cuando surge la importancia del método de observación como elemento clave en el momento de analizar los diferentes factores que intervienen en el intercambio semiótico de información.

“Hay sólo tres métodos para obtener los datos en la investigación social: preguntar a los sujetos, observar la conducta de los individuos, grupos, organizaciones y sus productos o resultados, y utilizar los registros o datos ya existentes, reunidos con fines que no son los de la investigación que se tiene entre manos”<sup>35</sup>. En cuanto a los tipos de observación, encontramos clasificaciones dependiendo de la manera de aplicarla, la forma como se recolectan los datos y los elementos adicionales para tomar nota de los hechos que se observan.

Para esta investigación se utilizó el método de observación con el objetivo de analizar el trabajo de la Fundación Corazón en Parches que puede contribuir en el mejoramiento de las competencias comunicativas del personal de salud del HUS. De igual forma, se empleó para identificar la manera en que el personal de salud se relaciona con los pacientes y sus familiares en cada uno de los encuentros y la reacción que suscita en estos la risa como lenguaje terapéutico.

Esta observación se hizo de manera directa, ya que se tuvo en cuenta el contacto inmediato con el entorno y los hechos a analizar. De igual manera se habla de realizar una observación participante, en donde el observador entró directamente en el objeto de estudio.

En cuanto a las herramientas para la recolección de datos arrojados de la observación, se plantearon tablas y fichas de llenado manual, las cuales se componen de ítems y temas clasificados que permiten llevar un control de los elementos vistos por el observador. De esta manera se pudieron tabular resultados que guiaron el análisis hacia conclusiones objetivas.

---

<sup>34</sup> STRAUSS. Op. cit., p. 48.

<sup>35</sup> FESTINGER. Op. cit., p. 233.

En el caso de la Fundación Corazón en Parches, el objetivo de la observación fue entrar a indagar los elementos comunicativos terapéuticos que intervienen en la relación del personal de salud del HUS con los pacientes. Esta fundación realiza el trabajo de la terapia de la risa, herramienta mediante la cual logran crear vínculos con los pacientes para mejorar su calidad de vida, así como su proceso de hospitalización.

La información que arrojó esta observación fue utilizada para establecer aquellas ventajas comunicativas que favorecen a los voluntarios de la Fundación Corazón en Parche al momento de interactuar con los pacientes. Además, permitió identificar aquellas competencias comunicativas que el personal de salud necesita fortalecer, siendo esta identificación en el punto de partida para proponer estrategias que apoye en el mejoramiento de las mismas en estos profesionales.

### **Entrevista semi-estructurada**

Conocer las perspectivas que tienen las personas frente a los demás, frente a los ambientes en los que han estado, los que no conocen o sobre experiencias propias o ajenas, se convierte en una tarea compleja que requiere de una metodología sensible que permita indagar sobre las diferentes percepciones que tiene cada individuo sobre un mismo hecho, situación o persona. Existe entonces, una técnica muy conocida e implementada, sobre todo en el campo periodístico, que permite ahondar sobre dichas experiencias. Una técnica que se puede estructurar de diferentes maneras y se puede plantear en un ambiente que resulte cómodo: la entrevista.

Esta herramienta es fundamental en el desarrollo de la investigación, ya que permitió un acercamiento con los actores involucrados en el ambiente hospitalario. Con ella se posibilitó un escenario de diálogo para conocer más a profundidad las percepciones de estos frente a las situaciones, frente su a realidad y sus experiencias. La entrevista semi-estructurada se planteó para conocer los testimonios de los actores involucrados en el objeto de estudio, con el fin de

visualizar el ambiente actual en el que se desarrollan los tratamientos terapéuticos en el HUS, específicamente, en el Pabellón de Pediatría, donde cada ítem de la entrevista se centró en aspectos relacionados con las competencias comunicativas e interpersonales del cuerpo médico, los familiares, los niños hospitalizados y los voluntarios de la Fundación Corazón en Parches.

Partiendo de un concepto básico y enfocado en el periodismo, se define la entrevista como “una conversación con metodología propia sobre diferentes temas, no necesariamente de actualidad, entre dos o más personas destinada a ser difundida en cualquier medio de comunicación”<sup>36</sup>. Pero este término hoy se aplica a más campos y es una herramienta fundamental para las investigaciones que se llevan a cabo en distintas temáticas, y no necesariamente, en el espectro humanístico. Para este caso, la entrevista se utilizó partiendo de otra concepción enfocada a la investigación y a los distintos procesos metodológicos que se puedan desprender de ella. En la actualidad la entrevista se contempla como “una estrategia técnica de investigación que tiene numerosas ventajas para el trabajo educativo, social, cultural y científico”<sup>37</sup>. Es por esto, que se empleó la entrevista en la investigación, ya que se hizo necesaria y oportuna para indagar sobre los imaginarios que los actores crearon a partir de sus experiencias propias o cercanas.

A partir de esto, Rodolfo Fernández Carballo, asigna a esta técnica el concepto de ‘entrevista cualitativa’, la cual define como “una conversación fluida donde uno de los participantes reflexiona y revive su vida, ante la escucha atenta y cuasi invisible del entrevistador”. Además, asegura que se enfoca en “lograr una descripción del mundo desde la perspectiva histórica de quien la ha vivido directamente, en especial, los sectores menos privilegiados de la sociedad que han sido olvidados por la historia oficial”.

---

<sup>36</sup> MARTÍNEZ, Jose Daniel. La entrevista como instrumento de investigación. 2008. Disponible en: <[http://comunicacion.unab.cl/pdf/apuntes\\_entrevista\\_raul\\_pizarro.pdf](http://comunicacion.unab.cl/pdf/apuntes_entrevista_raul_pizarro.pdf)> [citado el 4 de mayo de 2012].

<sup>37</sup> Ibid., Disponible en: <[http://comunicacion.unab.cl/pdf/apuntes\\_entrevista\\_raul\\_pizarro.pdf](http://comunicacion.unab.cl/pdf/apuntes_entrevista_raul_pizarro.pdf)>

Se podría entonces decir, que el objetivo último de la entrevista cualitativa es “acceder a la perspectiva del sujeto estudiado: comprender sus categorías mentales, sus interpretaciones, sus percepciones y sus sentimientos, los motivos de sus actos”<sup>38</sup>.

Al realizar este tipo de entrevista hay un mayor acercamiento con los actores que están involucrados en la investigación, pues se les plantea un espacio donde de manera natural pueden expresar sus opiniones frente a las experiencias vividas - para el caso de esta investigación- en los ambientes hospitalarios. Experiencias que van desde sus percepciones frente al lugar, hasta las referentes al cuerpo médico que los atendió o examinó. A partir de dicha conversación se desprendieron un sinnúmero de significados que sirvieron para enriquecer la investigación, con el fin de no quedarse solo en planteamientos y así poder proponer estrategias que beneficien al objeto de estudio<sup>39</sup>.

En su planteamiento, Fernández señala que “la entrevista representa la técnica ideal para conocer los criterios de quienes integra los conglomerados humanos desde su punto de vista individual y personal. Su importancia radica en conocer y conservar las vivencias de las personas para fines de investigación y como patrimonio para futuras generaciones”<sup>40</sup>.

Aunque denominamos a esta herramienta entrevista metodológica, ésta mantiene la misma clasificación de la entrevista periodística. Entonces, se puede encontrar tres grandes tipos de entrevista<sup>41</sup>:

- Entrevista estructurada.
- Entrevista semi-estructurada.
- Entrevista no estructurada.

---

<sup>38</sup> La entrevista cualitativa. p.1. Disponible en: <<http://pochicasta.files.wordpress.com/2009/04/entrevista.pdf>> [citado el 10 de mayo de 2012].

<sup>39</sup> FERNÁNDEZ, Carballo Rodolfo. La entrevista en la investigación cualitativa. [PDF en línea] Universidad de Costa Rica. p. 3. Disponible en: <[http://www.so.ucr.ac.cr/Coordinaciones/Investigacion/Revistas/Revista%203/003\\_capitulo\\_2.pdf](http://www.so.ucr.ac.cr/Coordinaciones/Investigacion/Revistas/Revista%203/003_capitulo_2.pdf)> [citado el 10 de mayo de 2012].

<sup>40</sup> FERNANDEZ. Op. cit., Disponible en: <[http://www.so.ucr.ac.cr/Coordinaciones/Investigacion/Revistas/Revista%203/003\\_capitulo\\_2.pdf](http://www.so.ucr.ac.cr/Coordinaciones/Investigacion/Revistas/Revista%203/003_capitulo_2.pdf)>

<sup>41</sup> La entrevista cualitativa. Op. cit., p.3.

Para el caso de esta investigación, se aplicó una entrevista semi-estructurada al personal de salud del HUS, a los padres y familiares de los niños hospitalizados y a los voluntarios de la Fundación Corazón en Parches. En este proceso “el entrevistador dispone de un «guión», que recoge los temas que debe tratar a lo largo de la entrevista. Sin embargo, el orden en el que se abordan los diversos temas y el modo de formular las preguntas se dejan a la libre decisión y valoración del mismo. En el ámbito de un determinado contenido, este puede plantear la conversación como desee, efectuar las preguntas que crea oportunas y hacerlo en los términos que estime convenientes. Además puede explicar su significado, pedir al entrevistado aclaraciones cuando no entienda algún punto y que profundice en algún extremo cuando le parezca necesario, así como también puede establecer un estilo propio y personal de conversación”<sup>42</sup>. Los resultados que se obtuvieron fueron el punto de referencia de la situación actual que se vive en el ambiente hospitalario del HUS, así como de los imaginarios que se forman a diario alrededor de las competencias comunicativas del personal de salud. Dichos resultados fueron contrastados con aquellos que se obtuvieron por medio del método de observación planteado de igual forma en la metodología.

Se presentan a continuación, en la tabla 1, las variables que se definieron para la estructura de la presente investigación, que permitió desarrollar a profundidad los capítulos en los que se analiza el fenómeno estudiado, cumpliendo así, los objetivos previamente establecidos.

**Tabla 1. Variables e indicadores**

VARIABLES	INDICADORES
<b>Competencias</b>	No. de encuentros entre actores
	No. de acuerdos entre actores
	Terminología
	No. de reiteraciones del mensaje

<sup>42</sup> La entrevista cualitativa. Op. cit., p.4.



<b>VARIABLES</b>	<b>INDICADORES</b>
<b>Comunicativas</b>	Uso de lenguaje no verbal
	Valores
<b>Imaginario</b>	Frecuencia de experiencias positivas y negativas (gestos- trato)
	Rumores
	Calificativos asociados al personal médico
<b>La Risa</b>	Terminología
	Actitud de los niños, voluntarios y personal de salud
	Variedad de elementos utilizados en la risa
	Cantidad de participación
	Evidencia de receptividad de la risa

Cada uno de los siguientes capítulos responde a los objetivos específicos de la investigación, en los cuales se muestran los hallazgos arrojados en los métodos, así como el análisis de los mismos. De esta manera se pueden sustentar las estrategias que se proponen para fortalecer las competencias comunicativas del personal de salud del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander.

## 1. CAPÍTULO I

### HACIA UNA CONCEPCIÓN DE LA TEORÍA: COMUNICACIÓN Y SALUD

Para la presente investigación y, en busca de cumplir los objetivos planteados anteriormente, se hizo necesario realizar un estudio teórico previo que permitió dar soporte y contexto a la información recolectada en el proceso metodológico. De esta manera, en un primer capítulo se busca hacer un acercamiento a la teoría, por medio de un estudio de la comunicación para la salud, como punto de partida para la actual investigación. En primea instancia se realizó un estado del tema que comprendió la historia de la relación entre la comunicación y la salud. Para esto se tuvo en cuenta una investigación deductiva en donde se evaluó dicha relación desde el ámbito mundial, latinoamericano y nacional. Bajo este orden de ideas se partió de los inicios de la comunicación para la salud en el mundo, abordando casos internacionales. Posteriormente se mostró la situación que ha vivido Latinoamérica en este campo, para así terminar con los principios que dieron lugar a dicha temática en Colombia, así como la situación actual de estos elementos, tanto en el país como en el exterior.

Partiendo de este soporte teórico y conceptual, se definieron cuatro categorías centrales que permitieron ahondar en ciertos significados y definiciones propias de la investigación, que posteriormente sirvieron de punto de análisis para cumplir los objetivos de la misma. De esta manera, se definió la Comunicación como primera categoría, en donde, luego de una consulta teórica se unificó el concepto. Además, se tuvo en cuenta el lenguaje y sus funciones, los símbolos y signos – como elementos claves en la comunicación- el interaccionismo simbólico, la relación comunicativa y la comunicación no verbal.

Una segunda categoría fue la referente a los Imaginarios, que tuvo como objetivo analizar los elementos que influyen en la comunicación entre los actores y unificar la concepción de dichos elementos para su correcto estudio e investigación.

Adicional a esto, se estableció la categoría de Competencias Comunicativas, término unido a la comunicación, como una característica inherente al ser humano y por tanto, una habilidad que requiere ser fortalecida y tenida en cuenta al hablar de comunicación para la salud.

Finalmente se ubica la última categoría que se define como una de las herramientas que influyen en la comunicación para la salud y en las competencias comunicativas de los actores a analizados: la Terapia de la Risa. De esta manera se parte de la unificación del concepto de risa y sus beneficios en los ámbitos comunicativo y terapéutico, así como de la risoterapia y el trabajo que se realiza actualmente en el Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander, el cual fue el objeto de estudio de esta investigación.

De esta manera, se realizó por medio de este capítulo, un estudio teórico base que permitió conocer los avances existentes de la comunicación para la salud en el mundo y en Colombia. Adicionalmente, facilitó la unificación de los conceptos primordiales que se convirtieron en el punto de partida del proceso investigativo.

## **1.1 INICIOS DE LA COMUNICACIÓN PARA LA SALUD EN EL MUNDO**

El desarrollo de ciertas competencias necesita herramientas clave para la obtención de óptimos resultados. Herramientas que se convierten en complementos esenciales para el desarrollo de dichas profesiones. La salud es un ejemplo claro de esta situación, pues es un complejo ambiente que no sólo requiere de los conocimientos médicos, sino también, se hace necesario implementar elementos comunicativos como ejes estratégicos en el proceso de cualquier enfermedad o caso clínico.

A través de la historia estos conceptos se han relacionado. Diferentes autores e investigadores han centrado su atención en la estrecha relación que hay entre la comunicación y la salud. Dentro de los primeros estudios se destacan los

realizados por el médico suizo Henry Sigerist, en el año de 1945. Él determinó las tareas de la medicina y las enumeró de la siguiente manera<sup>43</sup>:

1. Promoción de la salud.
2. Prevención de la enfermedad.
3. Restablecimiento de los enfermos.
4. Rehabilitación.

Afirmó además, que “la salud se promueve proporcionando condiciones de vida, de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso” para lo cual destacó y pidió el esfuerzo coordinado de los políticos, los sectores laboral e industrial, los educadores y los medios<sup>44</sup>.

Aunque este profesional hizo énfasis en la promoción, como elemento preventivo de las enfermedades, sus apreciaciones e investigaciones fueron dejadas a un lado por más de 20 años, como se asegura en el texto “Comunicación y salud: avances en modelos y estrategias de intervención”<sup>45</sup>. Sólo hasta los años setenta reapareció el interés sobre esta temática. El valor agregado de este hecho lo dieron los profesionales de la rama de la comunicación y la salud, pues durante esta década comenzaron a reconocer “la importancia que tienen ambas dimensiones de la vida social en los sujetos y cómo su articulación o desarticulación afecta directamente la salud y la calidad de vida de los individuos, sus grupos y la sociedad en general”<sup>46</sup>.

Fue así como se empezaron a desplegar nuevas investigaciones y concepciones a partir de los planteamientos hechos por Sigerist. Por esto, desde hace algunos años, los modelos sobre la salud pública han pasado del concepto de salud biológica al modelo biopsicosocial, donde la causa de la enfermedad es biológica

---

<sup>43</sup>CUESTA, Ubaldo. UGARTE, Aitor Y MENÉNDEZ, Tania. Comunicación y salud: avances en modelos y estrategias de intervención. Universidad Complutense, España. 2008. p. 112.[PDF en línea]. Disponible en: <<http://www.madridsalud.es/publicaciones/OtrasPublicaciones/ComunicacionySaludAvances.pdf#page=19> > [citado el 22 de febrero 2012].

<sup>44</sup> Ibid., p. 113.

<sup>45</sup> Ibid., p. 112.

<sup>46</sup> REGIS, Stella. Reflexiones sobre las prácticas de comunicación en el campo de la salud. Universidad de Córdoba, Argentina. Vol.1, No. 13: VERANO 2007. p. 1. [PDF en línea]. Disponible en: <<http://www.perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/view/331/264> > [citado el 25 de febrero 2012].

o psicosocial y, frecuentemente, resultado de una interacción entre ambas. “En este sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido que la salud es el bien físico, psicológico y social de la persona” y es ahí donde resulta y sobresale la importancia de la comunicación social en aspectos como:

- La transmisión de información que permita a los ciudadanos conocer las diferentes opciones de conducta saludable o de riesgo.
- La creación de hábitos de conducta saludables mediante la implantación de programas de educación para la salud.
- La creación y propagación de marcos de referencia sociales que facilitan la adaptación o desajuste al entorno, mediante la creación de estándares de meta y creación de disonancias.

Por esto, se plantea, que “la comunicación entendida como proceso de interacción simbólica permite crear códigos compartidos, pero interviene en otros aspectos relacionados con la salud<sup>47</sup>.

A esto se suma el aporte realizado en 1974 por el político canadiense Marc Lalonde, quien “puso en la agenda pública el tema de los estilos de vida y los factores ambientales, como el de los condicionantes de la salud y los escasos recursos asignados para conseguirla, contra los muchos destinados a la enfermedad. Esta perspectiva fue mucho más amplia y positiva, y reunió cuatro criterios orientadores: biología humana, medio ambiente, estilos de vida y organización de los servicios de salud”<sup>48</sup>.

Posteriormente, en la década de los ochenta, se dan hechos que propician un mayor interés en la salud, como lo fue en 1984, año en el que se lanza la Carta de Ottawa en el marco de la Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Esta fue auspiciada por el Gobierno de Canadá, congregó a varias naciones industrializadas y a muy pocos representantes de los llamados países en

---

<sup>47</sup> CUESTA. Op. cit., p.10.

<sup>48</sup> Ibid., p. 113.

desarrollo. Treinta y ocho naciones firmaron la Carta (sólo aquellas consideradas desarrolladas), en la cual se declaró que “las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en esos prerrequisitos”<sup>49</sup>.

Adicionalmente los estudios en este campo comienzan a ganar espacio en España donde surge un factor común: la necesidad de escuchar al paciente<sup>50</sup>.

A partir de esto, otros profesionales comienzan a nutrir los avances en este campo, centrándose en las competencias fundamentales de la profesión médica. Jorge L. Tizón<sup>51</sup>, psiquiatra en atención primaria y psicoanalista español, “formula a mediados de los años ochenta el modelo centrado en el consultante como una manera de conciliar la visión de una ciencia al servicio de la persona con la orientación ecológica y de respeto al entorno cultural de cada comunidad. Este modelo, por desgracia, tuvo una expansión limitada, incluso en los mismos medios psicoanalíticos, de donde había nacido. Sin embargo, era, sin saberlo, perfectamente coherente con el modelo biopsicosocial formulado hacía pocos años”, pues se encaminó a centrar el modelo biomédico con la perspectiva psicosocial y un modelo constructivista dirigido a crear un encuentro intersubjetivo entre el profesional de la medicina y el paciente, a partir de la interrelación.

También instituciones de gran importancia a nivel mundial han fijado sus funciones e intereses en el campo de la salud y la relevancia de la comunicación en este. “En la publicación del Banco Mundial *Communicating for Behavior Change: A Tool Kit for Task Managers* [Comunicación para lograr cambios de comportamiento: estuche de herramientas para jefes de tareas] se señala: Dado que el comportamiento humano es un factor principal en los resultados de salud, las inversiones sanitarias deben centrarse en los comportamientos relacionados

---

<sup>49</sup> CUESTA. Op. cit., p. 114.

<sup>50</sup> CLÉRIES COSTA, X. BORRELL, Carrió F. Y MARTÍNEZ CARRETERO, J.M. Aspectos comunicacionales: el reto de la competencia de la profesión. p.1. [PDF en línea]. Disponible en < [http://www.telefonica.net/web2/fborrell/comuisa/comunicacion%20en%20espa%F1a\\_2003.pdf](http://www.telefonica.net/web2/fborrell/comuisa/comunicacion%20en%20espa%F1a_2003.pdf) > [citado el 26 de febrero 2012].

<sup>51</sup> CLÉRIES. Op. cit., p.1.

con la salud así como en los establecimientos sanitarios y la prestación de servicios de salud. La resolución de los problemas de salud requiere que las personas comprendan y sean motivadas para adoptar o cambiar ciertos comportamientos. Por lo tanto, la comunicación eficaz debe formar parte de cualquier estrategia de inversión sanitaria”<sup>52</sup>.

A partir de esto se han desarrollado algunos programas en salud que resaltan el papel que juega la comunicación en el óptimo desarrollo de los mismos. Pero varios de ellos se han centrado en la prevención, concepto base de las primeras investigaciones realizadas en el mundo. Dichos “programas de comunicación para la salud han mostrado gran eficacia en varios proyectos. Como ejemplos pueden citarse la reducción de 50% de la mortalidad por cardiopatía isquémica mediante actividades extensas de comunicación en Karelia del Norte (Finlandia) y el aumento en el uso de las soluciones de rehidratación oral en Honduras y otros países después de los programas de comunicación. Muchas naciones han usado con éxito los medios de comunicación para lograr una cobertura elevada de vacunación, controlar el cólera y alcanzar otras metas de salud pública”<sup>53</sup>.

Pero en 1996 aparece una concepción más amplia y contundente sobre la comunicación en la salud. Ya no se nombran como dos elementos, sino que se interrelacionan y verdaderamente se resalta el complemento existente entre el uno y el otro. Es así como en ese año, el primer número del *Journal of Health Communication* definió la Comunicación en Salud como “un campo de especialización de los estudios comunicacionales que incluye los procesos de agenda *setting* para los asuntos de salud; el involucramiento de los medios masivos con la salud; la comunicación científica entre profesionales de la biomedicina; la comunicación doctor/paciente; y, particularmente, el diseño y la evaluación de campañas de comunicación para la prevención de la salud. Así

---

<sup>52</sup> Organización Panamericana de la Salud. Op. cit., p.5.

<sup>53</sup> Ibid., p.6.

mismo lo anticipaba como un campo en expansión dentro de los Estados Unidos y en el resto del mundo”<sup>54</sup>.

Entonces, la relación entre la comunicación y la salud empieza a ser más clara y relevante. Gracias a los estudios realizados en un inicio por anglosajones, los profesionales de la comunicación y la medicina tuvieron una base para desarrollar con más fuerza esta perspectiva. Pero también reconocieron la “disparidad entre los avances logrados por la medicina, el conocimiento y la aplicación de estos por el público. Mientras que los profesionales de la salud tienen grandes conocimientos sobre la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud, no saben necesariamente cómo comunicar efectivamente esa información tan vital para la sociedad. Esta situación constituye el foco central de interés del área de comunicación para la salud, es decir, el estudio de la naturaleza y la función de los medios necesarios para hacer que los temas de salud lleguen y produzcan un efecto en las audiencias objetivo. Dentro del ámbito del quehacer de la comunicación para la salud se consideran: la calidad de la comunicación interpersonal en locales de salud, por ejemplo, entre el médico y el paciente; la comunicación entre miembros de una organización, por ejemplo, en instituciones de salud; y el alcance de los medio de comunicación masiva así como el diseño, la ejecución y la evaluación de campañas de comunicación”<sup>55</sup>.

Con estas nuevas perspectivas se comienza a nutrir el ámbito de la salud que, aunque refleja que aún faltan esfuerzos para interiorizar el verdadero papel que juega la comunicación en él, muestra considerables avances que comienzan a fortalecerse con el paso de los años.

---

<sup>54</sup> SILVA. Op. cit., p. 112.

<sup>55</sup> ALCALAY, Rina. La comunicación para la salud como disciplina en las universidades estadounidenses. p.1.[PDF en línea]. Disponible en: <<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v5n3/top192.pdf>> [citado el 11 de febrero 2012].

<sup>55</sup> Ibid., p. 3.



## 1. 2 INICIOS DE LA COMUNICACIÓN PARA LA SALUD EN LATINOAMÉRICA

Durante la última década se ha cuestionado el privilegio de la medicina como la única disciplina que abordaba los temas y problemáticas de la salud, desde una mirada netamente epistemológica que situaba, a esta última, como “un valor, una función y un servicio independiente del contexto o la sociedad en la que se desarrolla”<sup>56</sup>, lo cual impedía “ver la relación dinámica entre los procesos sociales y las formas de enfermarse. El enfoque se reducía a una descripción de síntomas aislados”<sup>57</sup>.

En Latinoamérica en la década de los años 70, surgieron varios movimientos como ‘el pensamiento de salud’ de México, que proponía cambios al modelo funcionalista de salud de la época. Se hablaba de “incluir la comprensión del campo, el contexto, la historia, los procesos de producción de los servicios de salud, los actores involucrados, las instituciones formadoras y los valores e imaginarios que sobre la salud y la enfermedad”<sup>58</sup> se construían.

Las inconformidades que se planteaban con el enfoque que reducía la salud a la simple descripción de síntomas, ha permitido que otras ciencias entren a jugar un papel articulador entre el entorno físico-ambiental y la situación socio-económica de los individuos dentro del tema de salud<sup>59</sup>. Con la idea de abandonar los “sesgos ideológicos y la parcialización de la realidad del campo de la salud”<sup>60</sup>, el área de la comunicación tomo relevancia en este campo. El reconocimiento de su importancia en las “dimensiones de la vida social en los sujetos”<sup>61</sup> y su característica mediadora entre actores y ambiente, ha posibilitado la articulación de la comunicación y la salud en el campo de la medicina.

---

<sup>56</sup> REGIS. Op. cit., p.2.

<sup>57</sup> Ibid., p.2.

<sup>58</sup> Ibid., p.2.

<sup>59</sup> Ibid., p. 2.

<sup>60</sup> Ibid., p. 2.

<sup>61</sup> Ibid., p. 1.

Así fue como comenzaron a darse en Latinoamérica, en la década de los setenta, “prácticas y acciones en salud relacionadas con el diseño de planes, programas y campañas preventivas cuyos mensajes centrales preferían aspectos educativos-sanitarios”<sup>62</sup>, dando paso al modelo desarrollista de la Ciespal de ‘planificación para la comunicación’. Desde esta nueva perspectiva, “la comunicación aplicada al campo de la salud implica, entre otras cosas, construir esquemas y modelos diversos que van desde los enfoques interpersonal, grupal, intercultural, institucional hasta la intervención en los medios masivos de comunicación y las nuevas tecnologías”<sup>63</sup>.

A pesar de las iniciativas y avances que ya se daban con el fin de lograr una apropiada articulación de los temas salud-comunicación que beneficiaría a la comunidad en general, fue solo hasta la década de los ochenta que la comunicación para la salud en Latinoamérica logró posicionarse una vez apropiado el término ‘educación sanitaria’:

“Desde sus inicios, esta práctica demostró ventajas significativas frente a su antecesora. El mayor y mejor empleo de medios masivos, la tendencia a someter la producción de mensajes a un régimen de rigurosa programación -desde la investigación del público hasta la evaluación de los efectos de los mensajes en la conducta de este-, y la facilidad de acceder a formatos participativos derivados de la comunicación democratizante, fueron los aspectos que caracterizaron a la comunicación para la salud como un factor de extrema importancia en la planeación de proyectos para la salud”<sup>64</sup>.

En esta década, “la preocupación por el uso de los mensajes de los medios masivos de comunicación en el campo de la salud, adoptó dos modalidades de intervención desde las prácticas concretas. Por un lado, las acciones y actividades comunicacionales se nutrieron de los aportes y desarrollos que venían del campo

---

<sup>62</sup> REGIS. Op. cit., p. 3.

<sup>63</sup> Ibid., p. 2.

<sup>64</sup> MOSQUERA, Mario. Comunicación en salud: Conceptos, teorías y experiencias. [PDF en línea] Organización Panamericana de la salud, 2003. Disponible en: <[http://www.portalcomunicacion.com/obregon/pdf/Mosquera\\_2003.pdf](http://www.portalcomunicacion.com/obregon/pdf/Mosquera_2003.pdf)> [citado el 24 de mayo de 2012].

de la publicidad; (...) los medios masivos eran vistos como instrumentos poderosos para promover la salud”. Esta propuesta de comunicación-salud se denominó marketing social, en la cual se planteaba “la aplicación de los principios de la publicidad y el mercadeo a la información acerca de temas vinculados a la salud”. Gracias a esto, se comienza a hablar de campañas preventivas de enfermedades donde la salud adopta un enfoque más bien comercial<sup>65</sup>. “Por otra parte, se desarrollaron prácticas y reflexiones a partir de considerar la omnipotencia de los medios masivos para imponer modos de vida, costumbres, y gustos, que podían modificar o mantener el *status quo*”<sup>66</sup>. Esta otra propuesta fue conocida como activismo informativo, y se basaba en el uso estratégico de los medios masivos de comunicación “para proponer iniciativas sociales o políticas sanitarias” que influyeran positivamente en el imaginario de los sujetos, buscando mejorar así su calidad de vida<sup>67</sup>.

Para Mario Mosquera<sup>68</sup>, autor colaborador de ‘La comunicación y la salud en un contexto globalizado, en América Latina’, este tema se comienza a institucionalizar a inicios de los años noventa, “cuando expertos y consultores traen la denominación IEC (Información, Educación y Comunicación, una visión estratégica que debería ser transversal a todos los programas de salud pública liderados por los Ministerios de Salud de la región”. Junto a esto, el autor plantea que la efectividad de algunos programas de comunicación para la salud se debe a una apropiada identificación y priorización de segmentación de las audiencias, a la cual se logra llegar con mensajes precisos y científicamente veraces a través de amplios canales de comunicación.

Los modos y formas que se han trazado en Latinoamérica para concebir un proceso de comunicación para la salud que, como lo expresa Mario Mosquera, identifiquen y den prioridad a la segmentación de los públicos a través de la

---

<sup>65</sup> REGIS. Op. cit., p. 3.

<sup>66</sup> REGIS. Op. cit., p. 3.

<sup>67</sup> Ibid., p. 3.

<sup>68</sup> MOSQUERA. Op. cit., p. 32.

divulgación de mensajes precisos y científicamente verídicos, se pueden sintetizar en tres momentos:

“En América Latina la comunicación en salud se ha enmarcado bajo tres tendencias diferentes: en primer lugar, como instrumento, herramienta, medios, en donde el énfasis se centra en la comunicación masiva y donde comunicar es transmitir información. En segundo lugar, como eje de los procesos de organización, participación y cambio social; y en tercer lugar una concepción híbrida, entendida como red, como tejido que constituye un fundamento de la cultura e interacción humana”<sup>69</sup>.

Queda claro en esta definición cómo la comunicación para la salud se ha relacionado a una comunicación de medios masivos, en la cual el interaccionismo humano juega un papel elemental en la aplicación y desarrollo de los procesos comunicativos al interior de este campo médico.

En retrospectiva, los primeros acercamientos al tema comunicación-salud en América Latina, han visto la necesidad de usar la comunicación como un puente de educación popular<sup>70</sup> en el cual se den a conocer los temas de salud al público, se tenga en cuenta el contexto económico y político-social de este mismo, y se evalúen los procesos que intervienen en las relaciones de los actores (personal de salud-sujetos del común). Todo esto guiado a buscar formas o vías de comunicación, como lo es la risa vista como lenguaje terapéutico, que articuladas con la salud ayuden a mejorar las competencias comunicativas del cuerpo médico y por ende su relación con sus pacientes.

### **1.3 INICIOS DE LA COMUNICACIÓN PARA LA SALUD EN COLOMBIA**

El reconocimiento de los temas de salud en la comunicación no solo se ha dado a nivel mundial, sino también, ha sido un elemento importante en las concepciones de salud en Colombia a pesar de que estas hayan variado con el tiempo de

---

<sup>69</sup> RÍOS. Op. cit., p. 132.

<sup>70</sup> REGIS. Op. cit., p. 3.

acuerdo a los diferentes campos de acción y al avance tras globalización. La manera de concebir a la comunicación en la salud se ha modificado de acuerdo a las necesidades de las poblaciones y con base en las proyecciones económicas y sociales de los estados y gobiernos. En la medida en que estas conceptualizaciones cambian y evolucionan, las propuestas para ligar la comunicación en la salud se han ido desarrollando.

Es por esto que son diversas las propuestas que a nivel mundial y nacional se han formulado para articular la comunicación social al trabajo en la salud. “En la región de América se han llevado a cabo diversas reuniones con el objetivo de construir consensos para trabajar las políticas sobre promoción en concordancia con las necesidades y expectativas concretas de esa región”<sup>71</sup>. Dichas propuestas han estado conectadas a diferentes campos de la salud y se han manejado desde organismos internacionales como la Organización Panamericana para la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS); y en los países desde el Ministerio de Salud, el Ministerio de Nuevas Tecnologías y Comunicaciones, entidades privadas y el Estado, los cuales han formulado políticas en este campo a partir de diferentes experiencias.

En los planteamientos que se han hecho se evidencia una particularidad en implicaciones que demuestran la relación existente entre comunicación y salud: todos ellos llaman al cambio de comportamientos en lo individual y en lo colectivo, frente a lo ambiental y a la relación con las instituciones y dentro de ellas.

Después de la conferencia en Ottawa “empezó a privilegiarse la promoción como una de las estrategias centrales para lograr los objetivos de salud y a establecerse políticas internacionales y dentro de cada país”<sup>72</sup>. En efecto, en las naciones de la región americana se han realizado reuniones donde se han logrado acordar

---

<sup>71</sup> Ministerio de Salud, Ministerio de Comunicación, División del Desarrollo Social - Dirección General de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Comunicación para la Salud. Lineamientos Generales. En: El panorama internacional y nacional y la comunicación para la salud: Políticas, marco legal y acciones. Santa Fe de Bogotá. 1999. p. 13.

<sup>72</sup> Ibid., p. 14.

algunas políticas para trabajar el tema de comunicación y salud de manera efectiva de acuerdo a la situación del continente.

Según el contexto en que se sitúa el autor Ubaldo Cuesta<sup>73</sup>, los países latinoamericanos y del Caribe al no participar en la reunión de Ottawa comenzaron a pensar en adaptar la promoción a la problemática propia. En esta línea, fue así como en 1992 la Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de la Salud, realizaron en Bogotá la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, “en cuyo marco se elaboró la declaración “Promoción de la Salud y Equidad”, que esboza los términos de una salud positiva asumida como compromiso político”<sup>74</sup>.

Dicha conferencia tenía como propósito central identificar el sentido de la promoción de la salud en las américas y “precisar la significación que tienen los conceptos y las prácticas de la participación, la equidad y la interculturalidad”<sup>75</sup>, en el contexto del desarrollo en esta región. Tenía como fin dos grandes aspectos: el primero de ellos era desarrollar enfoques creativos que hicieran viable la promoción de la salud en el continente. Por otra parte se “plantearon tácticas específicas que permitieran salirles al paso, no solo a las enfermedades propias de la situación de desarrollo que se vive, sino también a problemas específicos de la región, como la carencia de servicios básicos, su relación con la salud, enfermedades transmisibles de reciente aparición, y a aquellas derivadas de la violencia, del consumo de sustancias nocivas”<sup>76</sup> originadas por las condiciones ambientales, salubres y económicas. Estas condiciones se constituyen en características del creciente proceso de urbanización e industrialización que viven la mayoría de los países que conforman en continente.

La parte conceptual que sustenta el discurso de los principios de la promoción habla, por un lado, de las estrategias de la salud que para la mencionada Carta de Santa Fe de Bogotá fueron estipuladas y las cuales se condensaron en tres

---

<sup>73</sup> CUESTA. Op. cit., p. 22.

<sup>74</sup> Ibid., p. 20.

<sup>75</sup> Ibid., p. 13.

<sup>76</sup> Ministerio de Salud, Ministerio de Comunicación, División del Desarrollo Social. Op. cit., p. 14.

aspectos: “impulsar la cultura de la salud, transformar el sector salud con la promoción de la salud y movilizar un gran compromiso social para hacer de la salud un constructo político”<sup>77</sup>. Y, por otra parte, señala los compromisos de la misma Carta: “impulsar un concepto holístico de salud apoyado del análisis de las competencias comunicativas del personal de salud; convocar e involucrar a todas las fuerzas sociales e incentivar políticas públicas saludables; afinar mecanismos de concertación y negociación intersectoriales e interinstitucionales; y reducir los gastos militares y otros inapropiados”<sup>78</sup>.

Aparte de dejar en claro los compromisos y estrategias que serían la guía para los planes de acción de los diferentes países de América, se comprometió además, a fortalecer tanto el sector salud, como la capacidad de la población para adopción de estilos de vida saludables. En lo concerniente a la inequidad de géneros, habla de emprender la lucha contra este flagelo, lo mismo que “darle empuje a la participación de la mujer, estimular el diálogo de saberes y capacitar en el tema de la promoción, su teoría y aplicación, sin dejar a un lado lo vital que es la investigación para el desarrollo de la misma”<sup>79</sup>.

Entre las propuestas derivadas en este encuentro, y dado el tema que ocupa esta investigación, vale la pena resaltar que se privilegia a la concentración y al diálogo como mecanismos para hacer real la participación de la sociedad civil en lo que se refiere a la promoción de la salud. De nuevo, en este espacio, la comunicación social ocupa un papel prominente, pues se postula como herramienta para el fortalecimiento de los actores que participan en este campo.

Si se mira detenidamente el avance y la manifestación de la comunicación en la salud, se puede afirmar que, en principio, en el país se ha contribuido al crecimiento de este campo desde la parte legal. Esto ha permitido que se creen estatutos que prevalecen y hacen parte del marco legal en el país, que en su aplicación y cumplimiento, se refleja en el marco social de los habitantes. “En

---

<sup>77</sup> CUESTA. Op. cit., p. 113.

<sup>78</sup> Ibid., p. 114.

<sup>79</sup> Ibid., p. 115.

Colombia, diversas leyes, decretos y normas sustentan el trabajo que se ha adelantado en las últimas décadas en lo que se refiere a salud. Así mismo, la legislación también ampara, en mayor o menor medida, las acciones de la comunicación para la salud que se han desarrollado en nuestro país<sup>80</sup>.

En un recorrido histórico por el campo de la comunicación en Colombia, podemos afirmar que “las relaciones entre comunicación y desarrollo son expresiones que operan como mapa. Su uso sirve para designar aquella tarea integradora de la sociedad y la difusión de actitudes modernas para salir del atraso, como también para señalar las acciones y las luchas de diversos sectores de la sociedad por democratizar el acceso a los medios de comunicación y por ampliar el ejercicio de la libertad de expresión y la participación ciudadana”<sup>81</sup>.

Es así, como los artículos 20, 49 y 67 del Capítulo 2 ‘de los derechos sociales, económicos y culturales’ de la Constitución Política de Colombia se convierten en mapas para la ejecución de políticas en beneficio de la comunidad por medio de la comunicación y salud, al declarar esta última como servicio público y se reconoce como un derecho civil de los ciudadanos colombianos. En este mismo capítulo, en el artículo 67, se “reconoce a la educación como derecho y como servicio público en función social”<sup>82</sup>, lo cual se aplica en el fomento de la educación en temas relacionados con la salud desde las instituciones, campañas y programas de acompañamiento. “La Constitución reconoce la participación como una de las formas que tienen los ciudadanos colombianos para acceder a la esfera de decisión sobre las situaciones que los afectan en diversos campos de la actividad social e individual”<sup>83</sup>, dándole a la comunicación un papel importante que desempeñar en la construcción de un país, en el cual la salud ocupe un papel central en la agenda del desarrollo.

---

<sup>80</sup> Ministerio de Salud, Ministerio de Comunicación, División del Desarrollo Social. Op. cit., p. 14.

<sup>81</sup> PEREIRA, José Miguel. La iniciativa de comunicación. Comunicación, desarrollo y promoción de la salud: Enfoques, balances y desafíos. 2012. Disponible en: <<http://www.comminit.com/la/node/149881>> [cital el 10 de marzo de 2012].

<sup>82</sup> Constitución Política de Colombia. En: capítulo 2. Artículo 67. Bogotá D.C: Editorial Comenta de Papel. 2002.

<sup>83</sup> Ministerio de Salud, Ministerio de Comunicación, División del Desarrollo. Op. cit., p. 15.



En consecuencia con la Constitución Nacional, la expedición de la Ley 100 de 1993 que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, enfatiza en las acciones de promoción y prevención, abriendo un amplio campo para la acción de la comunicación para la salud. Con la creación de esta ley, en noviembre de 1996, el Ministerio de Salud expide la resolución 04288 por la cual se define el Plan de Atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), precisando de manera más exacta los contenidos y funciones a nivel nacional y en entidades territoriales.

Es así, como nuevamente la comunicación mediante normas y estatutos nacionales, está presente en los planes de desarrollo del sector salud de Colombia, como se desprende del articulado mismo de la Resolución anteriormente mencionada y se relacionada con el PAB, ya que “la comunicación ocupa un papel prominente en todas las acciones específicas y ejes en torno a los cuales gira la norma mencionada, ya que esta hace un gran énfasis en la participación social”<sup>84</sup>.

#### **1.4 ESTADO ACTUAL DE LA COMUNICACIÓN EN EL MUNDO**

En los últimos años los avances en comunicación y salud han sido notorios, pero se han concentrado principalmente en España y Estados Unidos. Universidades y agencias de noticias son los principales escenarios, de estos dos países, donde la comunicación y la salud han cobrado mayor importancia. “El Informe Quiral de la Fundación privada Vila Casas y el Observatorio de la Comunidad Científica de la *Universitat Pompeu Fabra*, de Barcelona, mostró que en el año 2005 se publicaron 10.913 textos sobre salud y medicina (más de 30 noticias al día durante todo el año) sólo en los cinco diarios de interés general de mayor distribución en España: El País, ABC, El Mundo, El Periódico de Cataluña y La Vanguardia”<sup>85</sup>.

A su vez, “en las agencias de noticias las informaciones de salud también están a la orden del día y crece exponencialmente la demanda de este tipo de noticias por

---

<sup>84</sup> Ministerio de Salud, Ministerio de Comunicación, División del Desarrollo Social. Op. cit., p. 16.

<sup>85</sup> CUESTA. Op. cit., p. 13.

parte de los clientes y del público en general. Lo mismo ocurre en el campo de las publicaciones, siendo cada vez mayor el número de cabeceras dedicadas de forma exclusiva a la información sanitaria, así como el número de lectores de las mismas”<sup>86</sup>. Pero el campo digital también ha sido escenario en el desarrollo de estos temas. José Manuel González Huesa<sup>87</sup>, en el libro *Comunicación y salud: avances en modelos y estrategias de intervención*, resalta que la internet presenta cada vez más contenidos sanitarios y recibe numerosas consultas sobre este campo. Muestra de ello se ve reflejado en los datos presentados por la Unión Europea que revelan que cada uno de cuatro europeos utiliza este medio para buscar noticias relacionadas con la salud. Esto ha desplegado gran cantidad de sitios web dedicados exclusivamente a asociaciones de pacientes, instituciones, industria farmacéutica y profesionales, que hacen que este cada vez sea de más interés para la sociedad.

Aunque estos hechos reflejan la importancia que ha cobrado la comunicación y salud en España, no se puede desconocer la labor y las investigaciones realizadas por profesionales estadounidenses en estos campos. Muestra de ello es que aproximadamente el 80% de los artículos sobre comunicación y salud son de autores de este país, la mayoría de ellos, que trabajan en universidades o instituciones de EE.UU. Las demás publicaciones se le atribuyen a ingleses, canadienses, australianos, finlandeses y suecos, según la evaluación realizada por Johc<sup>88</sup>.

Para tener un panorama más claro de los avances de estos dos países en este campo, es necesario resaltar estudios y cursos que manifiestan cada uno de los acercamientos que se han registrado. Dentro de los más destacados en España están<sup>89</sup>:

- Cursos de Comunicación y Salud.

---

<sup>86</sup> CUESTA. Op. cit., p. 13.

<sup>87</sup> Ibid., p. 13.

<sup>88</sup> Ibid., 43.

<sup>89</sup> Ibid., 45.

- El Seminario Comunicación y Salud
- La Asociación Nacional de Informadores de Salud (ANIS).
- El Grupo de Trabajo sobre Comunicación y Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

Es así, como a través de estos cursos, seminarios, capacitaciones e investigaciones se logran consolidar en España cuatro grupos centrados en estas temáticas, como lo señala José Luis Terrón. Estos son: El Observatorio de la Comunicación Científica<sup>23</sup>, Psinet<sup>24</sup>, El Observatorio de Comunicación y Salud y Comunicación y Salud de Madrid Salud<sup>25</sup><sup>90</sup>.

De igual forma, se han puesto como temáticas de estudio las habilidades comunicativas que deben tener los profesionales de la salud para lograr una sinergia entre estos dos campos. En la Conferencia Internacional de Comunicación y Salud de Barcelona<sup>91</sup>, se resaltaron algunas de estas habilidades y se concretaron en aspectos como:

- Integración de las habilidades de comunicación en la enseñanza de las materias médicas de pregrado, sin perjuicio de que pudieran existir créditos específicos.
- Introducción en el pre y posgrado de los principios de una orientación centrada en el paciente y en la relación asistencial.

Una muestra clara de esta nueva metodología se visualiza en instituciones educativas de Cataluña, quienes realizan esfuerzos constantes para llevar a cabo la enseñanza de las habilidades comunicativas en los ámbitos educativo, asistencial y profesional<sup>92</sup>.

Así mismo el panorama en Estados Unidos también es alentador. Allí “el área de las comunicaciones asociadas con la salud ha sido objeto de estudio por más de

---

<sup>90</sup> TERRÓN. Op. cit., p. 12.

<sup>91</sup> CLÈRIES. Op. cit., p. 3.

<sup>92</sup> Ibid., p. 4.

20 años”<sup>93</sup>. Según Rina Alcalay<sup>94</sup>, refiriéndose a la salud y comunicación en este país, los esfuerzos se han centrado en el mejoramiento de los programas educativos con este enfoque. Los artífices de este avance son los profesores e investigadores a quienes les interesó este campo en particular y lo comenzaron a alimentar básicamente de manera autodidacta.

De igual forma Alcalay afirma que en la actualidad estos esfuerzos son tangibles a través de los programas enfocados en la salud que ofrecen distintas universidades de Estados Unidos<sup>95</sup>.

Muestra de ello es que “la Universidad Emerson en conjunto con la Escuela de Medicina Tufts, en Boston, ofrece un título académico específicamente en comunicación y salud. En ese programa, la disciplina se define como <el arte y la técnica de informar, influenciar y motivar a los individuos, las instituciones y el público en general sobre temas de salud importantes>. Entre esos temas se encuentran la prevención de enfermedades, la promoción de la salud, las políticas de salud, el financiamiento y el mejoramiento de la calidad de vida y la salud de los miembros de una comunidad”<sup>96</sup>.

Otro muestra clara de estas nuevas perspectivas se manifiestan “en las escuelas de salud pública que destacan la importancia de las comunicaciones en sus programas de Magister en Salud Pública. Entre estas figuran: *Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health, Tulane School of Public Health y la Universidad Maryland*”. Además de esto, ya se otorga el título de ‘Magister con énfasis en comunicación’ para la salud, en la universidad *Northwestern* y las de *South Florida, Maryland, Kentucky, Texas, Michigan State, Minnesota, Reno y California en Davis*<sup>97</sup>.

Gracias a esta nueva mirada de las instituciones educativas, las investigaciones realizadas en Estados Unidos ya no contemplan la comunicación y la salud como

---

<sup>93</sup> ALCALAY. Op. cit., p. 1.

<sup>94</sup> Ibid., p. 1.

<sup>95</sup> Ibid., p. 3.

<sup>96</sup> Ibid., p. 1.

<sup>97</sup> Ibid., p. 3.

elementos distantes, sino, que los interrelacionan y los logran compactar en un nuevo foco de análisis: la investigación sobre comunicación para la salud, como lo menciona Rina Alcalay<sup>98</sup> en su texto.

Este enfoque integral se caracteriza básicamente por:

- Ser un área de investigación aplicada donde se emplean pruebas y prácticas sobre los principios de la comunicación interpersonal, grupal, organizacional, de masas e intercultural, con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de la población y los sistemas de salud.
- Tener una pertinencia social ya que ambas disciplinas son de este carácter, lo cual favorece que el campo de la salud sea un ambiente más cercano, tanto para los profesionales como para los pacientes.
- Ser ámbitos interdisciplinarios pues confluyen conocimientos de diferentes áreas y se trabaja a partir de los conocimientos y las experiencias para aplicarlos a la realidad.

Con este nuevo enfoque se logra ampliar el panorama en el campo de la salud, un panorama que cada día es más exigente y complejo. Un ámbito que necesita de profesionales capacitados, tanto en la disciplina médica como en la comunicativa, pues de esta sinergia depende que esta profesión desarrolle al máximo su contenido social y logre óptimos resultados en cada uno de sus procesos. Pero el reto es grande, pues son pocos los países que se sienten comprometidos y se centran su mirada en esta nueva perspectiva.

---

<sup>98</sup> ALCALAY. Op. cit., p. 3.

## 1.5 ESTADO ACTUAL DE LA COMUNICACIÓN PARA LA SALUD EN LATINOAMÉRICA

La comunicación para la salud ha ganado su lugar al convertirse en el puente informativo entre la medicina y la sociedad. Actualmente la implementación de la comunicación en el campo de la salud se ha enfocada como el mecanismo de prevención y tratamiento de enfermedades más apropiado y eficaz, a través de campañas publicitarias, medios de comunicación masivos y estrategias comunicativas con grupos clave.

Gracias a la información en temas de salud que se brinda a través de los medios de comunicación, los sujetos cuentan con mayores posibilidades para conocer formas y modos de vida saludables promocionados por la agenda pública mediática<sup>99</sup>. “Los trabajos más relevantes son los que abordan problemáticas de género, sexualidad y maternidad; jóvenes, consumo culturales y adicciones; salud mental; los derechos a la salud; la agenda pública de temas y políticas de salud. Esta perspectiva está asociada a prácticas de promoción y educación para la salud”<sup>100</sup>.

A pesar de que el debate sobre comunicación y salud se ha visto enriquecido, tal y como afirma Stella Regis<sup>101</sup>, por el intercambio de experiencias en congresos y encuentros de comunicadores, tanto nacionales como internacionales, no se puede negar el desafío que enfrentan los países latinoamericanos ante la carencia de programas de formación universitaria de pregrado y posgrado para el área de comunicación en la salud:

“(...) el tema de la salud representa un espacio de oportunidad y de desarrollo invaluable pues alude a la preocupación por la vida y su calidad; un imperativo que desde el ámbito de las Escuelas y Facultades de Comunicación de América Latina nos conduce a la búsqueda de alternativas para vincular, de manera decidida, la participación de (...) la investigación de las ciencias de la comunicación o del

---

<sup>99</sup> MOSQUERA. Op. cit., p. 48.

<sup>100</sup> REGIS. Op. cit., p. 5.

<sup>101</sup> Organización Panamericana de la Salud. Op. cit., p. 18.

periodismo, como de las que entretejen de manera sustantiva su labor en el área de las ciencias de la salud”<sup>102</sup>.

Para la Organización Panamericana de la Salud, OPS<sup>103</sup>, esta ausencia de oportunidades para la formación de profesionales en comunicación para la salud genera problemas que han dificultado procesos de desarrollo como:

- La factibilidad y sostenibilidad de programas de comunicación en salud.
- La creación de un sentido de propiedad de los programas debido a que se perciben como generados desde fuera y sin responder a necesidades domésticas.
- Un mejor aporte de expertos de comunicación provenientes de otros países.
- El desarrollo de programas de Comunicación.

Una de las iniciativas más importantes que se ha tomado en este asunto ha sido la creación del proyecto formación de comunicación para la salud, Comsalud, liderado por los representantes de las universidades latinoamericanas de la Unesco, Felafac y Basics (*Basic Support for Institutionalizing Child Survival*). Uno de los pilares de este proyecto es aumentar los vínculos entre salud y comunicación para mejorar la cobertura y los procesos que se llevan a cabo en este tema. Se enumeran a continuación los cuatro componentes clave para Comsalud expuestos en el informe regional de diciembre de 2003 realizado por la OPS<sup>104</sup>:

- Capacitación de profesores de nivel universitario en comunicación en salud y periodismo en salud.
- Desarrollo de referencias básicas y centros de recursos de los medios masivos en cada universidad.

---

<sup>102</sup> Organización Panamericana de la Salud. Op. cit., p. 10.

<sup>103</sup> Ibid., p. 18.

<sup>104</sup> Ibid., p. 10.

- Evaluación e investigación en comunicación y salud.
- Talleres y seminarios especializados en salud asistido por nuevas tecnologías para periodistas y editores.

Este proyecto se trabajó en conjunto con el Ministerio de Salud de Panamá y doce universidades latinoamericanas, de la cuales la OPS<sup>105</sup> destaca las siguientes instituciones e investigadores:

- **Argentina:** Teresita Sallenave de Sagui -Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza
- **Bolivia:** Hortensia Ayala de Fernández -Universidad Gabriel René Moreno, Santa Cruz de la Sierra.
- **Brasil:** Isaac Epstein –Universidad de Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo.
- **Chile:** Lucía Castellón A- Universidad Diego Portales, Santiago.
- **Colombia:** Marta Lucía Betancur -Universidad Bolivariana, Medellín. Y en Barranquilla, Rafael Obregón- Universidad del Norte.
- **República Dominicana:** Rafael Nuñez Grassals- Universidad Autónoma de Santo Domingo.
- **Ecuador:** Joaquín Moreno Aguilar- Universidad del Azuay, Cuenca.
- **México:** Delia Covi Druetta- Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.
- **Panamá:** Dora de Da Costa- Ministerio de Salud, Ciudad de Panamá.
- **Perú:** Max Tello Charún- Universidad de Lima.
- **Uruguay:** Fernando Beramendi- Universidad de la República Oriental del Uruguay, Montevideo.
- **Venezuela:** Alicia Pineda- Universidad del Zulia, Maracaibo.

Para fortuna de muchos, esta no ha sido la única experiencia exitosa en el campo de la comunicación para la salud en América Latina. También está el proyecto de

---

<sup>105</sup> Organización Panamericana de la Salud. Op. cit., p. 18.



intervención 'Información, educación y comunicación', IEC, que comenzó en los años noventa pero que casi 22 años después "ha sido reducido a una estrategia basada en campañas temáticas y planes de mercado social, con una vasta producción de materiales y mensajes masivos", encaminados a dirigir acciones de comunicación con fines preventivos y promocionales de la salud<sup>106</sup>.

En Latinoamérica dos de los países que más se han destacado en la planeación y desarrollo en proyectos de salud y comunicación son Cuba y Brasil. Según la Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación, ALAIC:

"Brasil es el país que más actividades viene desarrollando en los últimos años. Se pueden encontrar análisis de los modos de comunicación que utilizan los laboratorios para instalar medicamentos en el mercado farmacológico, sus discursos y estrategias de comunicación; hasta desarrollos concretos de programas de comunicación participativos para promover estilos de vida saludables"<sup>107</sup>.

Por otra parte, Cuba reúne esfuerzos y hace uso de la comunicación en la salud como medida preventiva para combatir los grandes índices de infección debido al VIH/SIDA, una de las principales causas de muerte en niños y jóvenes en Colombia y en otros países del mundo. "El Ministerio de Salud Pública de Cuba (...) desarrolla sistemáticamente un amplio plan de actividades dirigido a prevenir la diseminación de la enfermedad, a partir de los servicios de información y consejería sobre ITS/VIH/SIDA existentes en toda la red de centros de promoción y educación para la salud"<sup>108</sup>. Además de los especialistas, los periodistas y comunicadores, al igual que otros profesionales, forman parte de estas acciones preventivas de carácter educativo y que se difunden a través de los medios masivos de comunicación.

---

<sup>106</sup> MOSQUERA. Op. cit., p. 50.

<sup>107</sup> REGIS. Op. cit., p. 1.

<sup>108</sup> SANTOVENIA DÍAZ, Javier y LEÓN ISERN, Amarilis. Recursos de información para la promoción de salud en infecciones de transmisión sexual y síndrome de inmunodeficiencia adquirida. [en línea]. Vol.14, No.3. Ciudad de la Habana: ACIMED. 2006. Disponible en: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1024-94352006000300014&Ing=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352006000300014&Ing=es&nrm=iso)> [citado el 11 de marzo de 2012].

Javier Santovenia y Amarilis León<sup>109</sup> en su informe ‘Recursos de información para la promoción de la salud en infecciones de transmisión sexual y síndrome de inmunodeficiencia adquirida’, destacan constantemente que el recurso necesario y fundamental que les permite contrarrestar este problema epidémico y obtener resultados positivos, en materia de educación sexual, es la información. En este punto se resalta una nueva tendencia que ha sido apropiada por varios de los países más importantes de América Latina: el acceso libre a las bases de datos médicas. Este alojamiento de información ha generado que cualquier persona del común pueda tener acceso a datos que anteriormente eran considerados como propios y únicos del cuerpo médico o de las instituciones de la salud. “En este sentido, tiene gran importancia la consulta de información seleccionada, evaluada previamente por un personal calificado, con vistas a comunicar información sólida desde el punto de vista científico”. Las comunicaciones en temas de salud se convierten entonces en algo más que un simple valor agregado. Se convierten en facilitadoras de cambio gracias de la posibilidad que brindan de intercambio de datos, información y conocimiento a través de motores de búsqueda.

La Revista de Comunicación y Salud RCys<sup>110</sup>, es otro ejemplo clave de cómo se ha logrado articular el tema comunicación en salud teniendo como principal referencia la necesidad de informar a la comunidad sobre los temas de la agenda diaria en esta. La RCys es “una publicación científica en español y portuguesa, revisada por pares y editada por el Instituto Internacional de Comunicación y Salud, INICyC, que se difunde electrónicamente en formato de libre acceso con una periodicidad semestral”<sup>111</sup>. En su texto ‘Revista de Comunicación y Salud’, Nery Suarez explica que la revista RCys se lanzó oficialmente el 17 de enero del año 2010, con la intención de convertirse en el punto de convergencia de expertos y académicos de Iberoamérica, en la cual estos pudieran publicar y consultar “los

---

<sup>109</sup> SANTOVENIA. Op. cit., Disponible en: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1024-94352006000300014&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352006000300014&lng=es&nrm=iso)>

<sup>110</sup> Disponible en: <<http://www.revistadecomunicacionysalud.org/index.php/rcys/index>> [citado el 13 de agosto de 2012].

<sup>111</sup> SUAREZ LUGO, Nery. “Revista de Comunicación y Salud, una nueva publicación científica dirigida a Iberoamérica”. ACIMED [online]. 2010, vol.21, n.3, pp. 342-343. ISSN 1024-9435. Ciudad de la Habana. Julio-septiembre 2010. <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1024-94352006000300014&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352006000300014&lng=es&nrm=iso)> [Consultado: 11 de marzo, 2012]. P.34.

avances científicos que se desarrollan en el emergente campo de la comunicación y la salud”<sup>112</sup>.

Tal y como se ha expuesto durante este capítulo queda claro que el enfoque y tratamiento que ha tenido la comunicación en el campo de la salud se ha centrado más que en lo técnico y lo visual, en las herramientas publicitarias que se pueden ver, leer y releer pero que a la final han sido utilizadas por las instituciones u organismos de control de manera superficial, de los cuales muy pocos de estos trabajan con indicadores reales que les permitan reconocer el avance y la apropiación que se ha conseguido con dichas herramientas en materia de salud. Se desligan de la comunicación, por ejemplo, las competencias que debe tener el personal de salud para llevar a cabo un proceso de comunicación efectiva con los pacientes:

“La comunicación no sólo debe servir de vehículo para obtener información que el médico necesita en el cumplimiento de sus funciones, deber emplearse también para que el paciente se sienta escuchado, para comprender enteramente el significado de su enfermedad y para que se sienta copartícipe de su atención durante el proceso de su enfermedad.(...) Se debe tratar de vincular la formación con los problemas que demanda la sociedad, de tal forma que se pueda dotar a este profesional con un potencial en habilidades comunicativas que le permitan contender más eficientemente con la problemática que le plantea su profesión en los escenarios reales, complejos y dinámicos”<sup>113</sup>.

El tema de comunicación para la salud debe ser percibido, entonces, desde una óptica más amplia, como afirma la Organización Panamericana de la Salud, OPS, y dejar de asociarlo con un enfoque exclusivamente técnico que solo busca informar en temas de prevención y estilos de vida saludables. En América Latina y el caribe, el desarrollo de este tema “dependerá en gran medida de su

---

<sup>112</sup> Disponible en: <<http://www.revistadecomunicacionysalud.org/index.php/rcys/index>> [citado el 13 de agosto de 2012].

<sup>113</sup> HERNÁNDEZ, Torres. FERNÁNDEZ ORTEGA, M.A. IRIGOYEN, Coria, A Y HERNÁNDEZ HERNANDÉZ, M.A. Importancia de la comunicación médico paciente en medicina familiar. Archivos en medicina familiar. Universidad Nacional Autónoma de México. 2006. Vol. 8.

introducción sistemática en escuelas de comunicación comprometidas con la investigación académica aplicada y la formación de generaciones futuras de especialistas en comunicación y salud”<sup>114</sup>. Rina Alcalay<sup>115</sup> asegura en su discurso que la implementación de esta área de especialización traerá consigo una respuesta más adecuada al desafío de mejorar la calidad de vida de los países latinoamericanos, ya que como describe Mario Mosquera, al expresarse de las experiencias latinoamericanas de comunicación en salud, estas intervenciones revelan grandes falencias en su diseño e implementación, ya que más del 50% de estas carecen de procesos sistemáticos de evaluación formativa, limitando los diagnósticos a estudios de Conocimiento Actitudes y Prácticas (CAP). El reto para Latinoamérica es lograr una adecuada articulación de la comunicación para la salud, apoyada desde la academia y desde los institutos de educación superior, pues solo así se puede garantizar una mejor intervención con mayores y mejores impactos representativos en los actores sociales de estos colectivos.

## **1.6 ESTADO ACTUAL DE LA COMUNICACIÓN PARA LA SALUD EN COLOMBIA**

No solo a nivel mundial se han hecho esfuerzos por dejar de asociar a la comunicación con un enfoque que busca únicamente informar en temas de prevención y estilos de vida que mejoren la calidad de la misma, a partir de la formación de profesionales de la salud íntegros y con competencias comunicativas desarrolladas para mejorar los ambientes. También en Colombia se han hecho intentos de ligar la comunicación social a la consecución de los objetivos de la salud. En el país se han llevado a cabo acciones que articulan estos dos campos de trabajo, aunque no precisamente desde las aulas. Por el contrario, estas acciones han retomado como marco de referencia los planteamientos centrales derivados de políticas internacionales y nacionales, como la legislación nacional.

---

<sup>114</sup> ALCALAY. Op. cit., p. 4.

<sup>115</sup> Ibid., p. 4.

Mirado desde una perspectiva amplia, el trabajo que se ha hecho en salud siempre ha estado conectado a “acciones de comunicación que, en principio, cobijan formas de comunicación interpersonales”<sup>116</sup> y, en los últimos tiempos, incluyen acciones de carácter más amplio apoyadas en los medios de comunicación.

Aunque en el país se han implementado estrategias para la promoción de la salud por medio de la comunicación, es importante hacer una revisión general de las principales acciones que en el campo de la comunicación y la salud se han adelantado. Es allí, donde actualmente se identifica un inconveniente en este proceso de desarrollo, pues en este punto es necesario aclarar que “muchas de estas acciones no han sido evaluadas sistemáticamente”<sup>117</sup>, lo cual no permite la comprobación y materialización de las experiencias exitosas implementadas en Colombia. Vale la pena aclarar, que existen notables excepciones de campañas exitosas registradas como lo son, las jornadas de vacunación, que al estar centradas en movilizaciones masivas de corto plazo, son evaluadas inmediatamente después de realizarse.

La situación de Colombia se centra en la falta de registro de campañas exitosas en la promoción de la salud, ya que “la ausencia de evaluación sistémica hace que muchas veces el éxito de dichas acciones sean valoradas solo parcialmente, con las implicaciones que esto tiene en términos de las acciones mismas y de futuras acciones que puedan llevarse a cabo en este campo”<sup>118</sup>.

Es por esto que se considera importante para el desarrollo de esta investigación dejar en claro los factores que han contribuido a que algunas campañas se convierten en el marco de referencia de la comunicación para la salud en el país. Para el caso de las jornadas de vacunación, “la estrategia de comunicación en estas jornadas gira en torno a dos ejes básicos:

---

<sup>116</sup> Ministerio de Salud, Ministerio de Comunicación, División del Desarrollo Social. En: El panorama internacional y nacional y la comunicación para la salud: Políticas, marco legal y acciones. Op. cit., p. 16.

<sup>117</sup> PEREIRA. Op. cit., Disponible en: <<http://www.comminit.com/la/node/149881>>

<sup>118</sup> Ibid., p. 54.

- Los medios masivos de comunicación como lo son la radio, la prensa y la televisión.
- La comunicación interpersonal, apoyada de materiales impresos de circulación local y por el trabajo constante de los funcionarios de los servicios de salud.

Las jornadas de vacunación se ha convertido en experiencia piloto en comunicación para muchos países latinoamericanos y ha contribuido a que Colombia se considere como uno de las naciones con mayores índices de vacunación en América Latina<sup>119</sup>. Es por ello que se considera que la comunicación debe ser central en los proyectos, y por lo tanto, debe contar con los recursos humanos, institucionales y financieros para poder llevar a cabo sus acciones con eficacia y eficiencia.

Si bien es cierto que las jornadas de vacunación representan la incursión de la comunicación masiva en el terreno de la salud, la experiencia del Plan Nacional de Supervivencia y Desarrollo Infantil representa la utilización complementaria de medios masivos e interpersonales con una cobertura nacional sin precedentes en el país. “El secreto de una correcta comunicación en salud con efectividad reside en identificar los medios adecuados y el mensaje apropiado a las motivaciones básicas de la audiencia, sobre todo que provoque el diálogo”<sup>120</sup>.

Retomando el tema de las campañas implementadas en Colombia, el tema del SIDA es un tópico de vigente para el país. Para el desarrollo de las estrategias de comunicación en lo que se refiere al VIH positivo, se ha recurrido a programas de televisión, como Santa María del Olvido, a comerciales y cuñas de radio, a la difusión de materiales impresos, a la participación de organizaciones de la sociedad civil, y variados los recursos que ofrece la disciplina de la comunicación

---

<sup>119</sup> SERRANO GONZALES, María Isabel. La educación para la salud del siglo XXI: comunicación y salud. Segunda Edición. (Alezeia) Asociación de Educación Para la Salud (Segovia) 2002. [en línea]. p. 33. Disponible en: <<http://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=VxHx8drjxOUC&oi=fnd&pg=PR7&dq=tesis+comunicacion+y+salud&ots=ZsaECjDNKH&sig=q6Kc3Z2OPwDNQ3n0ahStFIJjG0c#v=onepage&q&f=false>> [citado el 5 de marzo de 2012].

<sup>120</sup> PEREIRA. Op. cit., p. 132.

social. Además de las acciones ya reseñadas en la década de los 80 y 90, el Estado colombiano sigue adelantado labores de comunicación a través del Ministerio de Salud, de otros ministerios y de entidades adscritas como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Icbf. Algunas de estas acciones han tenido un carácter permanente –como es el caso del maltrato infantil- mientras que otras se han traducido a campañas de comunicación puntuales (masivas e interpersonales), y en muchos casos, basadas en situaciones coyunturales, como lo ha sido el caso del dengue, el cólera y el agua, por mencionar algunos casos. Este tipo de situaciones han estado marcadas por limitaciones y potencialidades: “se han logrado resultados inmediatos, pero no se han podido establecer de forma permanente, entre la población y los temas escogidos, de tal forma que se pueda prevenir la incidencia de contagio, la enfermedad o la condición de salud o ambiental”<sup>121</sup>.

En Colombia se registran otros tipos de intervención para la promoción de la salud en contra de flagelos como la drogadicción, el alcoholismo, el tabaquismo, el maltrato infantil o la falta de participación social o comunitaria en salud, con base en acciones de comunicación de diferentes tipos:

“Estas no solo comprenden estrategias en medios masivos como televisión, radio y prensa; sino también estrategias de carácter interpersonal y de cobertura más restringida que, en muchos casos, involucran medios de comunicación puntuales y alternativos como las radios comunitarias, los periódicos locales y el apoyo de las organizaciones de la sociedad civil”<sup>122</sup>, en función de los colombianos por medio de la comunicación para la salud.

En lo que se refiere a Colombia, las políticas internacionales en cuanto a salud, promoción y comunicación han sido acogidas con los ajustes pertinentes a las situaciones concretas que vive la región y el país. Dicho ajuste se ha traducido en “la formulación de planes de gobierno, planes sectoriales y legislaciones que tienen en cuenta el ordenamiento político y jurídico de nuestra nación”<sup>123</sup>. De igual

---

<sup>121</sup> Ministerio de Salud, Ministerio de Comunicación, División del Desarrollo Social. Op. cit., p. 18.

<sup>122</sup> Ibid., p. 19.

<sup>123</sup> Ibid., p. 21.

manera, vale la pena resaltar que en las políticas nacionales sobre la salud y la promoción, ha sido adoptada como uno de los ejes fundamentales en torno a los cuales giran estrategias y acciones más específicas. Algunas de las actividades desarrolladas en Colombia giran alrededor de la vinculación de la población a procesos de educación, información y fomento de la salud de manera eficiente para el desarrollo de los Planes de Atención Básica (PAB) y los Planes Obligatorios de Salud (POS) que elaboraron las entidades territoriales.

En el amplio panorama de la legislación colombiana, muchas son las normas que inciden en el sector de salud y en las acciones de comunicación que se adelantan en este campo en el país. Como se desprende de la revisión que se ha hecho del panorama político internacional y nacional, y de la legislación colombiana, la comunicación para la salud cuenta con un amplio respaldo que hace viables las acciones que en este dominio se adelantan o se pretenden desarrollar.

No obstante, es importante señalar que:

“El éxito de estas acciones depende en gran medida de la articulación de unos lineamientos generales en el campo de la salud, que permitan que dichas acciones sean llevadas a cabo con la eficacia y la eficiencia que requiere la consecución de las metas que en salud se han propuesto –no sólo en el mundo- sino también en Colombia donde se enfrenta una situación de salud y de desarrollo que es necesario superar”<sup>124</sup>.

“Queda claro que la salud hoy se juega en lo cultural, social, estilos de vida nuevos, nueva cultura sanitaria”<sup>125</sup>, desarrollada a partir del campo comunicacional en el sector sanitario. Como se desprende del panorama presentado, en Colombia las acciones de comunicación para la salud han tenido en algunos casos, alcances importantes y en otros han sufrido limitaciones, que infortunadamente, tienen consecuencias directas para la población, en términos de consecución de objetivos propuestos.

---

<sup>124</sup> Ministerio de Salud, Ministerio de Comunicación, División del Desarrollo Social. Op. cit., p. 18.

<sup>125</sup> TERRON. Op. cit., p.12.



En términos generales puede concluirse que en el ámbito internacional y en Colombia, desde el Alma Ata hasta nuestros días, la comunicación social y la salud han estado estrechamente complementados y ligados en el contexto de la promoción. “Sin políticas y estrategias de comunicación claramente planteadas y que retomen los conceptos y prácticas de la salud que se quieren posicionar, no es, ni será posible alcanzar los objetivos de salud para todos, la promoción de esta, la prevención de la enfermedad, la participación activa y el desarrollo de los organismos de salud”<sup>126</sup>.

## **1.7 CATEGORÍAS DE INVESTIGACIÓN**

### **1.7.1 Imaginarios**

Hablar de imaginarios constituye un estudio amplio de los diferentes ambientes que afectan y constituyen una sociedad. Aunque la definición más escueta de imaginarios sólo haga referencia a aquello que existe en la imaginación<sup>127</sup>, este concepto puede ser tan amplio que de él se pueden desprender diferentes categorías. Imaginarios sociales, colectivos, urbanos, religiosos y culturales, clasifican entre los más relevantes e influyentes en las percepciones de las personas frente a su entorno.

Aunque cada categoría encierra ciertas ideas frente a un campo específico, podría tomarse el imaginario social como aquel que los contiene a todos, formando así una concepción más amplia y completa de lo que constituye un imaginario. Se define entonces, imaginario social como una “manera compartida por grupos de personas de representar mentalmente el espacio y el tiempo”, donde ese compartir incluye simbología, formas y contenidos, es decir significantes y significados, en los cuales dichos grupos se reconocen, aun cuando -en nuestra

---

<sup>126</sup> Ministerio de Salud, Ministerio de Comunicación, División del Desarrollo Social. Op. cit., p. 20.

<sup>127</sup> REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Banco de datos (CORDE) [en línea]. Disponible en: <[www.rae.es](http://www.rae.es)> [citado el 30 de octubre de 2012].

individualidad moderna- las intensidades en dichos reconocimientos sean variables<sup>128</sup>.

A esta concepción se une un elemento que complementa lo que representa un imaginario social. Juan-Luis Pintos de Cea-Naharro<sup>129</sup>, en su propuesta de investigación, 'Orden Social e Imaginarios Sociales', define a los imaginarios sociales como aquellas representaciones colectivas que rigen los sistemas de identificación y de integración social, y que hacen visible la invisibilidad social.

Por su parte, en una entrevista realizada a Néstor García Canclini, él agrega que los imaginarios se ocupan -como la imaginación- de cómo funciona el mundo y cómo podría llegar a funcionar los vacíos, los huecos, las insuficiencias de lo que sabemos<sup>130</sup>. Pero este autor logra coincidir en un elemento clave a la hora de hablar de imaginarios. Lo que más se resalta en cada una de las concepciones anteriormente mencionadas es el papel de la simbología en la construcción de estos imaginarios. Y es precisamente un punto clave que contempla García Canclini al momento de definir imaginario: los imaginarios corresponden a elaboraciones simbólicas de lo que observamos o de lo que nos atemoriza o deseáramos que existiera<sup>131</sup>.

Desde siempre las ideas, percepciones y referentes se han creado en torno a los símbolos. En sociedades donde la diversidad es una constante, se da la oportunidad que cada persona, desde su individualidad, construya referencias y opiniones frente a lo que ve y lo rodea. La simbología sigue entonces un factor determinante en la construcción de la realidad. Se le da mucha importancia a lo cultural, a lo simbólico, a la complejidad y la heterogeneidad de lo social en la

---

<sup>128</sup> BAEZA, M.A. Qué son los imaginarios. Disponible en: <<http://policontexturas.blogspot.com/2008/09/qu-son-los-imaginarios.html>> [citado el 30 de octubre de 2011].

<sup>129</sup> PINTOS DE CEA-NAHARRO, Juan Luis. Orden social e imaginarios sociales. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/papers/article/viewFile/25267/58550>. p. 8. [citado el 30 de octubre de 2011].

<sup>130</sup> ENTREVISTA con Néstor García Canclini. ¿Qué son los imaginarios y cómo actúan en la ciudad? Ciudad de México, 23 de febrero. p.2. Disponible en: <<http://www.scielo.cl/pdf/eure/v33n99/art08.pdf>> [citado el 30 de octubre de 2011].

<sup>131</sup> Ibid., p. 2.

ciudad. Es entonces cuando lo imaginario aparece como un componente importantísimo. Una ciudad siempre es heterogénea, entre otras razones, porque hay muchos imaginarios que la habitan. Estos imaginarios no corresponden mecánicamente ni a condiciones de clase, ni al barrio en el que se vive, ni a otras determinaciones objetivables. Aparecen aspectos subjetivos, aunque no resulta muy convincente reducir lo imaginario a lo subjetivo, porque también la subjetividad está organizada socialmente. Pueden hacerse muchas variaciones desde la perspectiva del sujeto, pero siempre están condicionadas y existe un horizonte de variabilidad que no es enteramente arbitrario<sup>132</sup>.

Esa construcción individual es la que, como afirma García Canclini<sup>133</sup>, permite la interacción social, la subjetividad como reconstructora de la realidad. También señala que la noción de imaginarios remite más a aspectos donde lo real, lo objetivo, lo observable es menos significativo; y reconoce más fuertemente el carácter imaginado. Se está frente a un proceso de fundamentación y reconstrucción incesante del objeto<sup>134</sup>. Según él, los imaginarios, como ya se ha mencionado, configuran y permitan crear un escenario de interrelación social. Son estos importantes para establecer relaciones e identificar las maneras de interactuar, de nuestro papel en la sociedad, de cómo nos identificamos y qué rol podemos desempeñar<sup>135</sup>.

Pero el imaginario no sólo se queda en esas representaciones simbólicas. También se convierten en una herramienta de elaboración de insatisfacciones, deseos, búsqueda de comunicación con los otros<sup>136</sup>, donde la interacción social de nuevo es la protagonista. A su vez pasan a convertirse en un modelo de esa interacción, creado a partir de las experiencias y percepciones de las personas. La publicidad, por ejemplo, determina en muchas ocasiones los comportamientos y reacciones de un individuo al momento de elegir. Esos imaginarios son arquetipos cuyo papel es fundamental en la vida social. Cada cultura tiene los suyos -que se

---

<sup>132</sup> ENTREVISTA con Néstor García Canclini. Op. cit., p. 3.

<sup>133</sup> Ibid., p. 4.

<sup>134</sup> Ibid., p.11.

<sup>135</sup> Ibid., p. 4.

<sup>136</sup> Ibid., p. 5.

pueden llamar los imaginarios dominantes- pero existen también imaginarios que atraviesan las culturas. Esos imaginarios no son representaciones sino, en cierta forma, esquemas de representación que estructuran en cada instante la experiencia social y engendran tanto comportamientos como imágenes reales<sup>137</sup>. Esta última concepción remite entonces, a nombrar los imaginarios como representaciones sociales, idea que es manejada por otros autores y que da un panorama más amplio de lo que realmente éstas significan.

Serge Moscovici<sup>138</sup> define las representaciones sociales como:

“Sistemas de valores, ideas y prácticas que tienen una doble función: en primer lugar, establecer un orden que permita a los individuos orientarse en su mundo social y material y dominarlo; y en segundo término, permitir la comunicación entre los miembros de una comunidad, aportándoles un código para el intercambio social y un código para denominar y clasificar de manera inequívoca los distintos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal”.

Aun así, imaginarios o representaciones sociales coinciden en la interacción entre los individuos, aunque este autor agrega la comunicación como herramienta para lograr esa conexión, ese intercambio de ideas y percepciones. A su vez, señala que la “representación social estimula y configura nuestra conciencia colectiva, explicando las cosas y los acontecimientos de modo que sean accesibles para cada uno de nosotros y pertinentes respecto de nuestras preocupaciones inmediatas”<sup>139</sup>.

Esto permite que cada individuo construya y comprenda las situaciones a partir de su experiencia en los procesos de interacción, existiendo una reciprocidad en las construcciones elaboradas por cada uno de los participantes. Este proceso se complementa por medio del lenguaje, que es fundamental para la puesta en práctica de las interacciones sociales en la construcción de sus identidades. Cabe

---

<sup>137</sup> PINTOS DE CEA-NAHARRO. Op. cit., p. 16.

<sup>138</sup> CASTORINA, José Antonio. Representaciones sociales. Capítulo: Las representaciones sociales como una perspectiva de la psicología social. Editorial Gedisa. p. 30.

<sup>139</sup> Ibid., p. 30.

resaltar, que en este proceso se dan diferentes posturas frente a las situaciones y percepciones<sup>140</sup>.

Este recorrido de concepciones nos permite entonces llegar al punto de contemplar los imaginarios sociales no sólo como producto de los deseos y anhelos de las personas, pues además de esto existe un condicionamiento en cada individuo desde su infancia, que determina la manera en que vive y se desarrolla en el mundo, así como sus ideales que –aunque provocan un gran choque en su interior- mantienen al individuo en constante búsqueda de elementos satisfactorios que cubran la necesidad de sentirse importantes(..)<sup>141</sup>.

Y no sólo se debe contemplar a los imaginarios sociales, los imaginarios como procesos simbólicos y de significación ocupan una parte importante en la construcción de realidades e interacciones. Estos como procesos simbólicos de coacción social proyectan varias facetas, sistemas mutuos, ideologías y conflictos de sentido. Este último nos aproxima a la descripción de la realidad a partir de ‘interpretaciones’ que, desde el punto de vista de la comunicación enfrenta lo ‘racional’ con lo cultural, creando espacios sociales donde la presión de lo inmaterial (ideal) se nos presenta como salidas a vacíos de significación que son producto de los anhelos comunes de un conglomerado que generan una forma de poder desde la ‘realidad social’<sup>142</sup>.

En todo caso, desde donde se contemple la significación de imaginario, se llega a unos puntos coincidentes: el imaginario como representación de la realidad, como símbolo y como identidad. Esto constituye los puntos clave al momento de definir lo que realmente implica y abarca su concepto, pues un imaginario representa, entonces, la realidad, los miedos, temores y deseos que se transforman en

---

<sup>140</sup> CASTORINA. Op. cit., p. 37.

<sup>141</sup> URBINA, Clara. POSADA, Juan C. ORTIZ, David Y BOHÓRQUEZ, Moisés. La danza, estrategia comunicativa que posibilita nuevos imaginarios de representación social. Bucaramanga, 2011. Trabajo de grado (Comunicadores Sociales). Universidad Autónoma de Bucaramanga. Facultad de Comunicación y Artes Audiovisuales. p. 27.

<sup>142</sup> Ibid., p. 27.

interacciones donde, de acuerdo a las experiencias individuales, se manifiestan interpretaciones, percepciones y significaciones.

### **1.7.2 Comunicación**

Mucho se ha hablado de comunicación. Se dice que es una característica inherente del ser humano que le ha permitido expresarse, relacionarse y evolucionar en varios aspectos de la vida como el humanístico, el político, el económico y el psicológico. Pero este elemento le ha concedido al ser humano la posibilidad de crear lazos en las sociedades y en diferentes espacios en los que se relaciona, lo cual se logra gracias a la interacción con otras personas y con el entorno.

Por ende, existen diferentes autores que definen este concepto desde varias perspectivas como base fundamental para sus estudios. En la década de los 40 se dio un acercamiento importante a este concepto debido al modelo de comunicación de Shannon y Weber, que se centró en un aspecto concreto de la comunicación: "la eficacia en la transmisión de mensaje, partiendo de una concepción amplia del fenómeno comunicativo. Weber consideraba la comunicación como el conjunto de procedimientos por medio de los cuales un mecanismo (...) afecta a otro mecanismo"<sup>143</sup>. Para los autores, la importancia de la comunicación casi que se reduce a un proceso que permite que el mensaje a transmitir no tenga interferencia. En las interacciones sociales, éste proceso es un elemento para que se logre un contacto eficaz y permanente.

Para ahondar más en el tema y dejar a un lado una concepción general de la comunicación, es necesario traer a colación otras perspectivas de dicho concepto. En el libro 'El lenguaje. La comunicación'<sup>144</sup>, una compilación de varios autores, se define la comunicación como la transferencia de la información por medio de mensajes, donde este se considera como una sustancia que ha recibido cierta

---

<sup>143</sup> MIQUEL, Rodrigo. Modelos de la comunicación. En: portalcomunicación.com. [PDF en línea] Disponible en: <[http://www.portalcomunicacion.org/uploads/pdf/20\\_esp.pdf](http://www.portalcomunicacion.org/uploads/pdf/20_esp.pdf)> [citado el 3 de noviembre de 2011].

<sup>144</sup> FRANCOIS. Op. cit., p. 25.

forma. El mensaje es emitido por un emisor y recibido por un receptor; y es transferido del primero al segundo por un canal.

Con la aparición de los actores sociales (emisor y receptor) vitales para que se produzca la comunicación, ésta deja de ser un proceso y pasa a entenderse como un sistema, ya que permite –inicialmente- “la transmisión de información de un lugar a otro. Siempre que hay comunicación, las partes implicadas en la transmisión de información configuran un sistema comunicacional. Los componentes deben cumplir determinadas funciones generales para que la comunicación ideal se produzca”<sup>145</sup>.

En la mayoría de los sistemas de comunicación la fuente es un ser humano. Para transmitir información toda comunicación debe tener una fuente y un destino. Entre ellos, debe existir un nexo que cubra el espacio o el tiempo intermedio, es decir, un canal de comunicación. Para que la información pueda circular por el canal, es necesario actuar sobre ella, de modo que pueda ser transmitida y el componente que realiza esta función es el transmisor. En el punto de destino, debe haber un receptor que revierta la información transmitida a su forma originaria<sup>146</sup>. Estos cinco componentes integran el sistema de comunicación y figuran de un modo en todo tipo de comunicación verbal o no verbal.

Un paso fundamental para lograr la comunicación en las sociedades consiste en “codificar la información en un conjunto de símbolos. El código puede estar compuesto por sonidos articulados, por signos escritos, por movimientos, gestos o cualquier otro conjunto de símbolos. El mensaje codificado atraviesa el espacio interpuesto y la persona que lo recibe lo decodifica”<sup>147</sup>.

Antes de completar el sistema de comunicación ideal, es necesario prestar atención a un factor adicional que se relaciona con la posibilidad del error en dicho sistema. Los errores de comunicación “pueden producirse al codificar o

---

<sup>145</sup> MILLER, George. Lenguaje y comunicación. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores. 1979. p.19.

<sup>146</sup> Ibid., p. 20.

<sup>147</sup> Ibid., p. 22.

decodificar mensajes”<sup>148</sup>. La anterior, es una falla que se da frecuentemente en los ambientes comunicativos sin importar el espacio o contexto en que se generen.

La articulación del contexto con los actores e identificación entre los mismos, es un pilar fundamental para que se forje una relación comunicativa. “Si las personas que se comunican no se hallan familiarizadas con el código, o son incapaces de distinguir las diferencias entre símbolos, es probable que se produzcan errores”<sup>149</sup>. “Pero también intervienen en la codificación y la decodificación los elementos contextuales y circunstanciales. El contexto hace referencia a los elementos del entorno en que se produce el mensaje. Según en qué contexto aparece un mensaje, manteniéndose la expresión, sin embargo puede cambiar totalmente su contenido”<sup>150</sup>.

La adecuación del contexto en que se da una situación debe ser óptima, ya que representa un elemento complementario y fundamental para que la comunicación sea efectiva. Cuando los psicólogos hablan de contexto, se refieren, “por lo general, a la totalidad de las condiciones que afectan a un individuo en determinado momento. En el estudio del aprendizaje, por ejemplo, se ha descubierto que la persona recuerda con mayor rapidez el material aprendido cuando se halla en la misma situación en que lo aprendió”<sup>151</sup>. Algo similar pasa en todos los ambientes comunicativos que se presentan en la cotidianidad de las situaciones. En el campo hospitalario, por ejemplo, tanto las relaciones interpersonales entre el cuerpo médico, como la adecuación física del lugar, el canal y el lenguaje que se utilice, deben ser entendidos a cabalidad, para que de esta manera, la comunicación asertiva tenga lugar y permita interacción entre los símbolos comunes de los actores allí representados.

---

<sup>148</sup> MILLER. Op. cit., p. 21.

<sup>149</sup> Ibid., p. 21.

<sup>150</sup> MIQUEL. Op. cit., Disponible en: <[http://www.portalcomunicacio.org/uploads/pdf/20\\_esp.pdf](http://www.portalcomunicacio.org/uploads/pdf/20_esp.pdf) >

<sup>151</sup> MILLER. Op. cit., p. 99.



De esta manera, como aporte a la investigación, se define la comunicación como un proceso humano que ayuda al desarrollo del hombre integral, por tal, esta es la base para el logro de la madurez emocional, afectiva e intelectual del ser humano. Se considera que al darse una comunicación eficaz se va logrando una mayor integración a la vida y a la sociedad, entendiendo de esta manera, a la comunicación como conducta social y medio de desarrollo. Es así, como la comunicación deja de ser solo transmisión de información, y pasa a convertirse en un proceso de interacción humana que implica un compromiso, que al mismo tiempo impone una conducta.

“En todo grupo humano la comunicación se constituye como un vínculo de cohesión entre sus miembros y en instrumento de desarrollo y de subsistencia de la misma sociedad. Dentro de ésta, el lenguaje se nos ofrece no sólo como excelente medio de comunicación, sino también como herramienta poderosa que adquiere el hombre para conocer y aprender la realidad por la representación simbólica, canalizar la expresión de sus necesidades, afectos y experiencias, establecer relaciones socio-culturales y producir creativamente en el campo científico, tecnológico y artístico”<sup>152</sup>.

Mirados así, el fenómeno de la comunicación y del lenguaje se plantean como algo antropológico que de la mano de conocimiento y práctica, pues no se conciben separados de la vida del hombre, penetra en los ambientes comunicativos de las personas en el seno de la sociedad. “La comunicación es la acción de transferir de un individuo, una situación en un época y en un punto dado, mensajes e informaciones a otro individuo, utilizando los elementos de conocimiento que ambos tienen en común”<sup>153</sup>. Esta definición es muy básica, por ello, es importante tener en cuenta que la comunicación debe aplicarse desde e

---

<sup>152</sup> NIÑO ROJAS, Víctor Miguel. Los procesos de comunicación y del lenguaje. En: Introducción. Bogotá: Ecoe. 1985. p. 56.

<sup>153</sup> COSTA, Joan. La comunicación en acción. Informe sobre la nueva cultura de la gestión. Barcelona: Paídos. 1999. p. 62.

ámbito humano al social y a sus técnicas, para “construir una comunicación funcional para las sociedades”<sup>154</sup>.

La interacción social aparece de entrada, como un proceso de comunicación. Entonces, para esta investigación, la comunicación se define como la transferencia de información en todas las formas posibles. La lingüística ha contribuido a potenciarlo, afirmando que no existe comunicación sin un código común al emisor y al receptor, es decir, un proceso de codificación y decodificación. Subraya además que el lenguaje no es sólo la transmisión de informaciones, sino también la elaboración y el reparto de significaciones en un contexto portador de sentido<sup>155</sup>.

### **1.7.2.1 El lenguaje en la comunicación**

“Cualesquiera que sean sus técnicas, sus instituciones y sus modos de vida, todos los grupos humanos tienen a su disposición por lo menos un sistema de signos que se aproxima lo suficiente a los utilizados en los demás grupos. Esto se denomina con el nombre común de lenguas, las cuales se consideran como un instrumento de comunicación propio de un grupo”<sup>156</sup>.

Es por esto que es posible afirmar que el lenguaje es un instrumento social de comunicación. “El lenguaje como herramienta es una institución que no depende, en conjunto, de los individuos: esto quiere decir que se impone por compulsión. Un ejemplo de esto es el hecho de que ningún niño está determinado antes de su nacimiento a hablar tal o cual lengua. Esta compulsión lingüística se manifiesta por el asombro, la risa o la incompreensión”<sup>157</sup>.

Todos nos valemos a diario del lenguaje de múltiples modos, sea para interrogar, ordenar, atraer la atención o acompañar una acción, lo que permite que se pueda

---

<sup>154</sup> COSTA. Op. cit., p. 62.

<sup>155</sup> NIÑO. Op. cit., p. 37.

<sup>156</sup> FRANCOIS. Op. cit., p. 21.

<sup>157</sup> Ibid., p. 27.

hablar con una o varias personas o con uno mismo. No todos los discursos son audibles, ya que la forma de comunicación que se establece no es fonética, sino corporal, gesticular, entre otras. “El problema que plantea la lingüística es saber lo común que hay en todos esos usos de la lengua y el lenguaje”<sup>158</sup>. Por ello, es importante que entre los sujetos haya un comportamiento lingüístico efectivo.

### **1.7.2.2 Función y desarrollo del lenguaje**

La función primordial del lenguaje consiste en “influir sobre el medio circundante, por ello, es necesario definir el lenguaje como un medio de actuar sobre el oyente o receptor y no como un medio de expresión (...) El papel social del lenguaje es posible gracias a una convención tácita, ya que una vez entendido el comando lingüístico, se somete a la acción y al uso”<sup>159</sup>. La acción se representa en la forma como nos expresamos y usamos al lenguaje. Una vez adquirido –en su sentido estricto– “subsisten los símbolos y signos no lingüísticos de los cuales sigue haciendo uso la persona para su comunicación en todos los campos del saber y del quehacer”<sup>160</sup>.

### **1.7.2.3 Símbolos y signos**

Como lo menciona Niño Rojas<sup>161</sup> en su texto, al hablar del símbolo, necesariamente entramos en el terreno del lenguaje y de la comunicación pues lo típico del símbolo es la representatividad. Los signos son los símbolos considerados socialmente; por tanto, reposan en un consenso social determinados por la significación en un ambiente o una cultura específica. Es así como cualquier elemento comunicativo debe tener la misma representación en las mentes de quienes lo interpretan, siempre y cuando la comunicación se de en el mismo contexto. De esta manera, en ejercicio de la función simbólica que menciona el autor en el texto, fundamenta su esencia en la aceptación social de lo que éstos

---

<sup>158</sup> FRANCOIS. Op. cit., p. 155.

<sup>159</sup> Ibid., p. 89.

<sup>160</sup> NIÑO. Op. cit., p. 42.

<sup>161</sup> Ibid., p. 36.

significan y por lo tanto, constituyen un instrumento para comunicar. “La comunicación es una transferencia de información o significación de un ser a otro, lo cual solo es posible por el uso de símbolos o signos del lenguaje”<sup>162</sup>.

Es por ello que el lenguaje representa un elemento fundamental en la comunicación que posibilita relaciones comunicativas entre los actores implicados. De aquí se deriva la importancia de la comunicación como fuerza que permite identificación, representación, relación y acción ente los seres humanos o colectivos sociales.

#### **1.7.2.4 Comunidad y comunicación en acción**

“El término comunicación tiene su raíz profunda en el hecho de poner en común”<sup>163</sup>, y las personas tienen en común el hecho de comunicarse, es decir, realizar actos visibles. “Estos actos muestran implícitamente la existencia de elementos dinámicos comunes entre los individuos: una lengua, un entorno, un cultura”<sup>164</sup>.

Una cultura de acción eficaz conlleva en sí misma, una cultura de la comunicación. “Toda acción, todo acto, significa, y con ello comunica. Por ello, toda comunicación es una acción, un modo de actuar de unos con otros”<sup>165</sup>.

Como afirma Joan Costa<sup>166</sup> en su libro ‘La comunicación en acción’, podemos afirmar que la acción es el principio de la vida humana. “La comunicación, que es también una esencia de esta, es el principio de la vida social”. Del mismo modo, actuar y comunicar son los principios vitales de las sociedades y de sus actores.

---

<sup>162</sup> COSTA. Op. cit., p. 57.

<sup>163</sup> Ibid., p. 57.

<sup>164</sup> Ibid., p. 57.

<sup>165</sup> Ibid., p. 23.

<sup>166</sup> Ibid., p.17.

### 1.7.2.5 Interaccionismo simbólico y la relación comunicativa

Como complemento a los aspectos de la comunicación que ya se mencionaron, se considera importante fundamentar la relación comunicativa que se da en los diferentes ambientes y entre sus representantes, los cuales utilizan un “lenguaje como medio en que tiene lugar el entendimiento y la coordinación de la acción y la socialización de los individuos”<sup>167</sup>.

Para ello, es primordial entender el concepto de interaccionismo simbólico que plantea Mead<sup>168</sup>, según el cual el significado de una conducta se forma en la interacción social. Su resultado es un sistema de significados intersubjetivos, un conjunto de símbolos de cuyo significado participan los actores. El contenido del significado no es más que la reacción de los actores ante la acción en cuestión. La conciencia sobre la existencia propia se crea al igual que la conciencia sobre otros objetos; es decir, ambas son el resultado de la interacción social. El interaccionismo simbólico pone así gran énfasis en la importancia del significado e interpretación como procesos humanos esenciales. La gente crea significados compartidos a través de su interacción y estos significados devienen su realidad.

El surgimiento de las acciones simbólicas se da en la comunicación y permiten que el significado de dichas acciones se interiorice y posteriormente, se manifieste en las acciones del receptor. De esta manera, el mensaje no es interrumpido ni alterado, como lo planteaba Shannon y Weber con su modelo de comunicación. Es así, como las acciones simbólicas “dan lugar a una reestructuración conceptual de la relaciones entre los participantes de la interacción: estos se relacionan ahora en los papeles comunicativos como objetos sociales”.<sup>169</sup> En este punto, es importante resaltar que “el lenguaje actúa aquí como medio, no del entendimiento

---

<sup>167</sup> HABERMAS, Jürgen. Teoría de la acción comunicativa II. Buenos Aires, Argentina: Tarus Ediciones. 1990. p. 38.

<sup>168</sup> El interaccionismo simbólico. [PDF en línea ] Disponible en: <<http://sapiens.ya.com/metcualum/mella1998is.pdf>> [citado el 5 de noviembre de 2011].

<sup>169</sup> HABERMAS. Op. cit., p. 39.

y de la transmisión de saber cultural, sino de la socialización y de la integración social”<sup>170</sup>.

El lenguaje en los actos comunicativos no se liga únicamente a la forma del habla gramatical, también tiene lugar la estructura simbólica de otros tipos de lenguajes no verbales que penetra en todos los componentes de la interacción. Estos elementos expresivos de la base lingüística posibilitan que “los medios comunicativos desempeñen nuevas funciones, además de la de entendimiento, pues asumen ahora la de coordinación de la acción y la de socialización de los actores”<sup>171</sup>.

Según los argumentos de Jürgen Habermas, se puede decir que de acuerdo a la aplicación de las ciencias sociales en el estudio de la interacción del hombre con el entorno, implica una recodificación del pensamiento tradicional de ambientes comunicativos donde la acción e interacción son vitales. En este sentido, se involucran todos los aspectos que pueden llegar a influir en el interaccionismo simbólico y la relación comunicativa de los ambientes, entendidos también como elementos del lenguaje. Se perfila entonces, tres características para el análisis de la interacción entre el hombre y el mundo<sup>172</sup>:

- Las condiciones del entorno, entorno físico, material, humano y social (interacciones dentro y fuera de la empresa, y entre ambas dimensiones);
- Las comunicaciones, es decir, de los procesos de interacciones y de intercambios de materia, energía e información que tienen lugar en los entornos citados.
- Las acciones, la manera en que la institución se encuentra en relación directa o indirecta, instantánea o diferenciada, y cómo actúa dentro de sí misma y con su entorno.

---

<sup>170</sup> HABERMAS. Op. cit., p. 40.

<sup>171</sup> Ibid., p. 93.

<sup>172</sup> Ibid., p. 95.

En el análisis de las condiciones del entorno, las comunicaciones, y las acciones están de igual forma, ligadas a la formas de comunicación que el personal de salud puede emplear al momento de entrar en contacto con los pacientes y sus familiares. Es por ello que la influencia de la comunicación no verbal tiene cabida en esta investigación, ya que al subrayar lo que se está diciendo con la palabra, puede contribuir a la comunicación total de los actores del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander, HUS.

### **1.7.2.6 Comunicación no verbal**

La comunicación no es un proceso lineal entre un emisor y un receptor, “sino es un proceso interactivo en el cual los interlocutores ocupan una u otra posición”<sup>173</sup>, es decir, no interviene solamente la palabra. Con se quiere decir que, cuando dos personas, incluso el médico y el paciente, se encuentran cada uno tiene del otro una percepción portadora de significaciones que se apoya sobre todo, en un conjunto de elementos como la apariencia física, el vestido, los gestos, la mímica, la mirada, la postura, el vestido. Es así como “cada comportamiento se convierte en un mensaje implícito y provoca una reacción en retorno”<sup>174</sup>. Es por ello que cuando dos personas se encuentran en situación de interacción, la comunicación entre ellas, como se mencionó anteriormente, “no pasa solamente por la palabra, sino que también están en juego otros elementos como los gestos, las posturas del cuerpo, la tonalidad de la voz; y también la presentación de sí mismo”<sup>175</sup>. Todos estos elementos son portadores de mensajes y constituyen lo que se denomina la comunicación no verbal.

Como lo afirman otros autores, existe diferencia entre la comunicación verbal y no verbal:

“La primera se realiza por medio de palabras dentro de un discurso que puede ser oral y/o escrito e implica procesos de lectoescritura. La segunda es aquella que se

---

<sup>173</sup> MARC, Edmon Y PICARD, Dominique. La interacción social. Cultura, instituciones y comunicación. Barcelona, España: Paídos. 1992. p. 19.

<sup>174</sup> Ibid., p. 20.

<sup>175</sup> Ibid., p. 143.

da por medio de otros signos distintos a las palabras; por ejemplo, la comunicación gestual. Por medio de gestos se sabe si alguien está satisfecho o aburrido en medio de una clase, si está concentrado o no está comprendiendo un discurso”<sup>176</sup>.

Es por ello que los gestos se convierten en un elemento importante de un acto comunicativo porque ellos refuerzan lo dicho con las palabras. También pueden motivar u obstaculizar un acto comunicativo, dándole o quitándole confianza al interlocutor cuando, por ejemplo, se mueve positiva o negativamente la cabeza. “Los actos o la no acción, también puede considerarse formas de comunicación no verbal, incluso, se puede decir más con un acto o con la no acción, que con la fuerza de las palabras”<sup>177</sup>.

Especialistas en el lenguaje del cuerpo como Bridwhistell y Argyle<sup>178</sup> han sostenido que la parte más importante de la comunicación no pasa por las palabras, afirmación que da entrada a la comunicación no verbal como complemento y sistema abierto en la interacción. “Los factores no verbales interactúan a menudo con la palabra, pero pueden también en ciertos casos constituir por ellos solos, el acto de la comunicación”<sup>179</sup>.

Como se ha podido observar a lo largo de este marco teórico, la comunicación ha pasado, desde el origen de sus estudios, por modelos técnicos como el de Shannon y Weaver quienes presentan la comunicación como la transferencia de un mensaje. También por modelos lingüísticos, como el propuesto por Roman Jakobson, quien muestra todas las funciones comunicativas específicas de los seis factores que para él intervienen en este proceso. Así mismo por modelos psicosociológicos propuesto por Anzieu y Martin y modelos interlocutivos. Sin embargo, el lenguaje del cuerpo también ha influido en estas dimensiones ya que toda acción, palabra, gesto y contexto, comunica, y ha inducido a que la

---

<sup>176</sup> RUÍZ HERNAO, Óscar Darío. Competencias comunicativas: proponer y argumentar. Colombia: Universidad Cooperativa de Colombia, 2006. p. 26. Disponible en: <<http://site.ebrary.com/lib/biblioredsp/Doc?id=10154633&ppg=27>> Copyright © 2006 [citado el 2 de mayo de 2012].

<sup>177</sup> RUÍZ. Op. cit., p. 27.

<sup>178</sup> MARC. Op. cit., p. 30.

<sup>179</sup> Ibid., p. 144.



comunicación deje de ser un proceso lineal y sea vista como el factor primordial en las relaciones interpersonales y en el interaccionismo simbólico. Es así como este tipo de lenguaje aparece como una dimensión fundamental de la interacción.

Teniendo en cuenta la importancia de la comunicación y lenguaje no verbal en la comunicación, vale la pena destacar que en un acto comunicativo los interlocutores se comunican no solo por lo que dicen e informan, “sino también por la forma, el estilo, la entonación, los acentos y el comportamiento en el momento de decir o informar algo”<sup>180</sup>. Razón por la cual, es pertinente afirmar que en la comunicación no verbal, “los signos corporales actúan como los signos lingüísticos, ya que tienen como finalidad transmitir un mensaje y permiten suponer la existencia de un código común entre los interactuantes. Se pueden distinguir dos categorías de signos no verbales: los que tienen un origen en el indicio y los que tiene origen simbólico”<sup>181</sup>.

La comunicación puede, en efecto, “utilizar signos de indicio tomados intencionalmente”<sup>182</sup>. Un ejemplo que puede demostrar claramente esto y que al mismo tiempo apoya esta investigación es la sonrisa. Ésta es utilizada en las relaciones sociales como “indicio, y traduce la alegría y el bienestar, y como signo puede significar el reconocimiento, la simpatía o el saludo. Su significado se interpreta en función del contexto en que se utiliza”<sup>183</sup>.

Entre los signos de origen simbólico se pueden citar la mayor parte de los gestos que se utilizan en los rituales de cortesía, como lo es tender la mano, besar, levantarse, entre otros. Estos gestos son convencionales y pueden variar según la cultura, pero en algunos casos tienen un valor universal.

Es así como la comunicación y lenguaje no verbal tiene en el proceso de comunicación tres funciones específicas: “la función de comunicación que tiende a

---

<sup>180</sup> RUÍZ. Op. cit., p. 39.

<sup>181</sup> MARC. Op. cit. p.145.

<sup>182</sup> Ibid., p. 145.

<sup>183</sup> Ibid., p. 146.

transmitir informaciones; la relacional y reguladora que facilita el ajuste mutuo de los interlocutores; y la simbólica”<sup>184</sup>. A partir de esto, se puede afirmar que numerosos signos corporales participan en el proceso de comunicación ya que “representan un intercambio de información –algunos una función casi lingüística- y aparecen como el equivalente de una palabra. Otros juegan un rol de acompañamiento del lenguaje ya que son los gestos o mímicas que pueden en determinado momento acompañar la palabra”<sup>185</sup>. He aquí la importancia que tienen todas estas funciones en la investigación, ya que son las que puede representar la comunicación no verbal en las relaciones entre los actores, para este caso, el cuerpo médico, con los pacientes y sus familiares.

Finalmente, de acuerdo a una amplia definición de comunicación y de tratar de incorporar los componentes que la integran (la concepción de lenguaje y sus tipos; la importancia de la comunicación en las relaciones, el interaccionismo simbólico y la comunicación no verbal como elemento crucial en el proceso de comunicación entre actores y grupo de personas), es preciso afirmar que ésta última no se debería tratar como interacción corporal sin precisar la forma en que se interfiere en la interacción verbal. Lo anterior toma fuerza con la afirmación de Argyle, pues expresa que “la comunicación verbal y no verbal deberían tratarse como una integración de elementos que deben verse de manera universal y total de un proceso que contribuye a la creación de las relaciones comunicativas”<sup>186</sup>. Tanto es así que el comportamiento verbal y el no verbal se combina en la perspectiva de una comunicación total.

---

<sup>184</sup> MARC. Op. cit., p.146.

<sup>185</sup> Ibid., p. 147.

<sup>186</sup> JORQUES JIMENEZ, Daniel. Comunicación y Lenguaje. Guarda impresores. Valencia. 2004. p. 75.

### 1.7.3 Competencias comunicativas

#### 1.7.3.1 Desarrollo del término competencia comunicativa

Las competencias comunicativas han sido estudiadas y abordadas a lo largo de la historia por diferentes profesionales que le han dado, desde su campo de acción, una definición y significación propias de su conocimiento. Estos profesionales responden a las áreas de la psicología, la pedagogía, la lingüística y la sociología, dentro de las cuales reconocen “la necesidad del uso adecuado de la lengua y de otros elementos que intervienen en la comunicación eficiente y en el entendimiento mutuo”<sup>187</sup>, convirtiendo esto en la base de sus investigaciones, a partir de las cuales dan lugar a definir las competencias comunicativas.

Como lo expone Dalila A. Aguirre Raya<sup>188</sup> en su texto ‘Reflexiones acerca de la competencia comunicativa profesional’, dichas investigaciones han traído consigo la definición de este término desde tres enfoques principales: el enfoque lingüista, el enfoque psicológico y el enfoque comunicativo.

El enfoque psicológico en la década de los años 60, comenzó a darle forma y definición al término competencia a partir de la concepción conductista de la psicología behaviorista, la cual plantea que “no podemos conocer más de lo que logramos observar o medir como comportamiento externo”, dentro de la cual se incluyen modelos del comportamiento humano propuestos por Pavlov y Skinner, constituidos básicamente por el proceso estímulo-respuesta”<sup>189</sup>. Es decir; “Skinner explicaba el aprendizaje de la lengua basado en la relación emisor-receptor (estímulo-respuesta) sin considerar la naturaleza creativa del hombre”<sup>190</sup>. Más adelante, en 1957, Noam Chomsky evoluciona el término “buscando comprender y

---

<sup>187</sup> AGUIRRE RAYA, Dalila A. Reflexiones acerca de la competencia comunicativa profesional. 2005. Vol.19, No. 3. p. 1. Disponible en: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412005000300004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412005000300004&lng=es&nrm=iso)>. [citado el 25 de noviembre de 2011].

<sup>188</sup> Ibid., p. 1.

<sup>189</sup> LOZANO MASCURA, Alicia. El modelo behaviorista de objetivos en la planeación del currículo; algunas limitaciones para la tarea educativa. Disponible en: <[http://www.anuies.mx/servicios/p\\_anuies/publicaciones/revsup/res053/txt4.htm](http://www.anuies.mx/servicios/p_anuies/publicaciones/revsup/res053/txt4.htm)> [citado el 25 de noviembre de 2011].

<sup>190</sup> AGUIRRE. Op. cit., p. 1.

explicar la adquisición de la lengua materna en los niños”<sup>191</sup> al definirlo como aquellas <capacidades y disposiciones para la interpretación y la actuación>, cambiando en buena parte, la mirada al enfoque inicial.

Con su planteamiento, Chomsky le da una nueva dirección a la definición de competencia y la lleva a un enfoque más lingüístico, dentro del cual diferentes autores ahondan en el tema con el único objetivo de dar una definición más clara y precisa a este término. Surge entonces, en contraposición al pensamiento de Chomsky, el concepto que aporta Dell Hymes hacia una definición más verbal y pragmática, donde se refiere a la competencia lingüística como “la habilidad para usar la lengua, a través de la cual el conocimiento se convierte en uso”<sup>192</sup>. Y es finalmente este quien al incorporar palabras como actuación, lengua y habilidades, logra acuñar el término competencia comunicativa al planteamiento inicial de Chomsky.

### **1.7.3.2 Hacia una definición de competencia comunicativa**

A pesar de que son diversos los autores que definen las competencias comunicativas como el conjunto de habilidades o capacidades que posibilita una participación apropiada en situaciones comunicativas específicas<sup>193</sup>, Óscar Darío Ruiz expone que estas no pueden ser solo entendidas como aquellos actos de habla que se formulan de manera correcta<sup>194</sup>. En su texto. ‘Competencias comunicativas: proponer y argumentar’, plantea que las competencias se adquieren “en la medida en que se generan los medios adecuados y las condiciones para su apropiación y, así mismo, las personas constatan su aprendizaje cuando realizan algo que se esperaba, demostrándolo con la acción”<sup>195</sup>. En este orden de ideas, las competencias comunicativas no se refiere a la capacidad de dar un discurso coherente sino, más bien, a la capacidad que

---

<sup>191</sup> RUIZ. Op. cit., p. 26.

<sup>192</sup> AGUIRRE. Op. cit., p. 1.

<sup>193</sup> LOZANO. Op. cit., Disponible en:

<[http://www.anuies.mx/servicios/p\\_anuies/publicaciones/revsup/res053/txt4.htm](http://www.anuies.mx/servicios/p_anuies/publicaciones/revsup/res053/txt4.htm)>

<sup>194</sup> RUIZ. Op. cit., p. 35.

<sup>195</sup> Ibid., p. 35.

los seres humanos tiene para adaptar los medios y canales que permitan que el mensaje que se envía, sea recibido con efectividad. Esto se piensa no es términos instrumentales, sino en formas de configurar los discursos con características clave que permitan al receptor comprender a cabalidad la intención del emisor. En palabras de Daila A. Aguirre Raya<sup>196</sup>:

“El enfoque comunicativo aborda la competencia comunicativa como el conjunto de habilidades o capacidades que posibilita una participación apropiada en situaciones comunicativas específicas (...) Consiste en cumplir con los propósitos de la comunicación personal, esto es, lograr lo que se quiere o necesita y hacerlo dentro de lo socialmente aceptable (sentido y coherencia)”.

Esta idea de competencia comunicativa es compartida por Jürgen Habermas, quien afirma que esta se refiere a la capacidad de actuar comunicativamente, esto es que las acciones o discursos del emisor sean dirigidos con un sentido de entendimiento mutuo intersubjetivo<sup>197</sup>, creando espacios de conocimiento y socialización a partir de los cuales se generen vínculos entre los actores sociales de este proceso comunicativo.

Oscar Darío Ruiz<sup>198</sup>, también se refiere a este concepto de competencia comunicativa al afirmar que se requiere de “habilidades para construir sentido con otros; reconocer el significado de aquello a lo que nos referimos en una conversación; asumir una actitud dialógica en la que no solo se escuche lo que el otro dice con palabras, sino con sus gestos y actitudes”.

Queda claro entonces que el referirse a competencias comunicativas no puede quedarse solo en la configuración de un mensaje, ni en el hecho de que este sea o no recibido por el público esperado. La competencia comunicativa de una persona se define más por la capacidad de esta para poder incorporar, además de un

---

<sup>196</sup> LOZANO. Op. cit., Disponible en: <[http://www.anuies.mx/servicios/p\\_anuies/publicaciones/revsup/res053/txt4.htm](http://www.anuies.mx/servicios/p_anuies/publicaciones/revsup/res053/txt4.htm)>

<sup>197</sup> RODRIGUEZ, Rosero, Jesús Edilberto. Enfermería sin contornos. Evidentia. 2004. Disponible en: <<http://www.index-f.com/evidentia/n1/20articulo.php>> [citado el 14 de febrero de 2012].

<sup>198</sup> RUIZ. Op. cit., p. 40.

mensaje claro y coherente, herramientas que vayan más allá del lenguaje verbal y que sean finalmente las que permitan el total entendimiento del mensaje en las dimensiones esperadas por el emisor. Esto puede implicar hablar un mismo código, hacer uso de lenguaje no verbal, apropiarse de un lenguaje coherente con el escenario comunicativo del mensaje o ponerse al nivel del receptor. Es importante resaltar que adquirir y desarrollar competencias comunicativas les permite a las personas configurar redes sociales en las cuales establezcan vínculos sólidos y permanentes a partir del mutuo entendimiento otorgado por los beneficios de una comunicación integral.

“La competencia comunicativa implica disposición y actitud para que el acto comunicativo se realice y posibilite construir acuerdos, consensos, encontrar nuevas ideas con otros y establecer relaciones de cooperación transparentes y sinceras”<sup>199</sup>.

## **1.7.4 La risa**

### **1.7.4.1 Definición y Beneficios**

La risa se define como “el movimiento de la boca y otras partes del rostro que demuestran alegría”<sup>200</sup>. Así mismo, una manifestación de bienestar y una descarga de emociones presentes en el instante en que se produce. Podría definirse como una “reacción psicofisiológica que externamente se caracteriza por contracciones enérgicas del diafragma, acompañadas de vocalizaciones silábicas repetitivas con resonancia de la faringe, velo del paladar y otras cavidades fonatorias”<sup>201</sup>.

Se sabe que “una carcajada estimula el movimiento de 50 músculos faciales, principalmente alrededor de la boca. Internamente la risa se acompaña de una

---

<sup>199</sup> RUÍZ. Op cit., p. 40.

<sup>200</sup> RAMOS. Op. cit., p. 57.

<sup>201</sup> MORA, R Ramón Y GARCIA R, Mari Cruz. El valor terapéutico de la risa en la medicina. Red Española de Investigación en Ciencias de la Risa (REIR). Organización Mundial de la Risa/Escuela Salud Inteligente. Barcelona. España. p. 694.

sensación subjetiva reconocible (hilaridad), cuyo goce se ha comparado con el de la actividad sexual y otras reacciones placenteras del organismo”<sup>202</sup>.

Desde el estudio psicológico, “la risa es un mecanismo bioquímico y emocional, indispensable en la percepción de bienestar y fundamental en las reglas del juego social”<sup>203</sup>. A esto se le suma su importancia en la relación de cada individuo con su entorno, planteando así que la risa es un detonante que permite exteriorizar emociones y sentimientos. Independientemente de que esta sea una actividad compleja, “la mayor ventaja es que pone a la persona en un nivel emocional óptimo para el bienestar, eliminando, aunque sea de manera transitoria, el miedo, el desánimo, el estrés, la preocupación o el descontento”<sup>204</sup>.

De esta manera se puede partir de que la risa no es considerada como un mero estímulo médico y psicológico, sino que además, constituye una herramienta para relacionarse con el entorno social.

Es válido aclarar, que se ha creado una clasificación médica y terapéutica de los diferentes tipos de risa, como ayuda para diferenciar los beneficios que cada uno de estos grupos producen. De esa manera contamos con cinco grandes grupos: la risa espontánea o genuina; la risa ensayada, simulada o practicada; la risa estimulada; la risa inducida y la risa patológica.

“La risa espontánea es la que surge de forma natural como expresión genuina de las distintas emociones”<sup>205</sup>. Se ha descrito que la risa espontánea produce típicamente una contracción de los músculos cercanos a la órbita ocular<sup>206</sup>. En cuanto a la risa ensayada se habla de una condición voluntaria, por lo cual no se asocia directamente con las emociones humanas de humor. La risa estimulada es consecuencia de la acción física o refleja de determinados estímulos externos. La

---

<sup>202</sup> Ibid., p. 694.

<sup>203</sup> CARBELO. Op. cit., p. 98.

<sup>204</sup> CARBELO. Op. cit., p.100.

<sup>205</sup> MORA. Op. cit., p. 694.

<sup>206</sup> EKMAN, P Davidson Y FRIESEN. The Duchenne smile: emotional ex- pression and brain physiology II. J Personality Social Psychol. 1990. En: MORA R, Ramón y GARCIA R, Mari Cruz. El valor terapéutico de la risa en la medicina. Red Española de Investigación en Ciencias de la Risa (REIR). Organización Mundial de la Risa/Escuela Salud Inteligente. Barcelona. España.

risa inducida, más superficial y hueca, es producto de los efectos de determinados fármacos o sustancias psicótropas. Finalmente, “la risa patológica es específica y secundaria a lesiones del sistema nervioso central como consecuencia de diversas enfermedades neurológicas transitorias o persistentes, y también puede estar presente en determinadas enfermedades psiquiátricas (esquizofrenia, manía, demencias, entre otras)”<sup>207</sup>.

Los trabajos terapéuticos, médicos y psicológicos se centran en la risa espontánea y en la risa ensayada. La primera por ser la manifestación genuina y auténtica de una reacción emocional positiva, y la segunda como parte un entrenamiento de quienes trabajan “haciendo reír”.

Y a partir de esto, mucho se ha hablado sobre los beneficios que la risa puede traer en los ámbitos emocionales, fisiológicos, psicológicos y anímicos de las personas. Diversas publicaciones siguieron que los efectos del humor en diferentes campos, como el estrés, la salud y la función inmune, han sido bien documentados mediante la investigación empírica por lo que han sido aceptados en general. “Entre estos los estudios de Cousins, Fry, Berk, o aquellos realizados desde el campo de psiconeurociencia para apoyar la función curativa del humor”<sup>208</sup>.

Las diferentes interpretaciones que han surgido de la risa han sido tan diversas como su mismo estudio. En la cultura occidental la risa tiene distintas interpretaciones. El término deriva del *‘latin risus’*, que significa regocijo o gozo que se siente interiormente. En la edad media la risa fue prohibida en un intento de reprimir la alegría y la libertad. Rabelais fue el primer médico en prescribir la risa como terapia para aliviar los sufrimientos. “Kant define la risa como un fenómeno psicosomático y Freud atribuía a las carcajadas el poder de liberar el

---

<sup>207</sup> MORA. Op. cit., p. 694.

<sup>208</sup> BENNETT. Op. cit., p. 1.



organismo de la energía negativa, y las asoció al ingenio y al humor en un intento de volver a la euforia de la niñez perdida”<sup>209</sup>.

El estudio de la risa reúne así varias disciplinas científicas y sociales desde las cuales se pueden explicar sus beneficios. “El problema de la risa se complica por el hecho de que fue enfocada desde diferentes ángulos separadamente. Algunos autores la trataron como un problema fisiológico, mientras que otros la enfocaron solo desde el punto de vista psicológico o sociológico”<sup>210</sup> En la actualidad, se tiene certeza científica acerca de la influencia del humor sobre la salud. De ello se ocupa una rama bastante nueva de la medicina llamada psiconeuroinmunología, la cual “abarca el estudio de la autorregulación psicofisiológica y de la manera en que las emociones influyen en el sistema inmunológico de las personas”<sup>211</sup>.

Antes de entrar a hablar de los diferentes tipos de risa es importante diferenciar y definir los conceptos de risa y humor. “El término humor puede referirse a un estímulo diseñado con el propósito de producir una respuesta humorística, a un proceso mental o bien a una respuesta. La risa es la expresión más común de la experiencia humorística, y es así como el humor y la risa se asocian típicamente a un estado emocional placentero”<sup>212</sup>. De esta forma vemos la risa como una “respuesta fisiológica al humor que implica reacciones fisiológicas características, así como cambios psicológicos positivos”<sup>213</sup>. Mientras que el sentido del humor es “un rasgo psicológico que varía considerablemente y permite a las personas responder a diferentes tipos de estímulos humorísticos”<sup>214</sup>. Estos dos elementos tienen efectos benéficos para salud y, aunque muchas personas pueden confundir el humor con la risa, no es lo mismo. El primero puede hacer reír a la persona, pero “una persona puede no reír y no por ello deja de tener sentido del humor,

---

<sup>209</sup> CARBELO. Op. cit., p. 95.

<sup>210</sup> PIDDINGTON, Ralph. *Psicología de la Risa*. Buenos Aires, Argentina: Editorial La Playade 1969. p. 53.

<sup>211</sup> RAMOS. Op. cit., p. 60.

<sup>212</sup> MARTIN, R, humor, laughter, and physical health: methodological issues and research findings. *Psychol Bull* 2001; En: BENNETT, Mary Payne y LENGACHER, Cecilie A. El humor y la risa puede influenciar en la salud. Publicado en la revista *Digitalis*. Publicación de ISMET sobre investigación en terapias naturales. Edición 16. Diciembre de 2007. p. 1.

<sup>213</sup> BENNETT. Op. cit., p. 2.

<sup>214</sup> *Ibid.*, p. 2.

porque en éste subyace algo más amplio y a diferencia del chiste, que culmina o no en una carcajada”<sup>215</sup>.

En esta parte del documento se evalúan los beneficios de la risa en dos ejes centrales, los cuales se resumen en: beneficios terapéuticos y beneficios comunicativos. Los primeros como parte de contexto para la investigación con la terapia de la risa y el segundo, como elemento fundamental en la expresión y la comunicación.

#### **1.7.4.2 Beneficios terapéuticos de la risa**

En cuanto a los beneficios terapéuticos podemos enumerar una larga lista de efectos positivos de la risa y el humor en el mejoramiento del estado emocional y físico de los pacientes. “La risa también proporciona beneficios psicológicos, emocionales, sociales, de comunicación y de calidad de vida”<sup>216</sup>. Se han realizado estudios sobre sus ventajas en aspectos de control percibido, optimismo, aceptación, competencias, limitaciones y estado de ánimo. En cuanto al estrés, el mecanismo por el cual la risa podría modularlo y, en consecuencia, redundar en beneficios de salud sería, por un lado, a través de la promoción de estados emocionales positivos, y por otro, mediante su efecto neuroendocrino actuando sobre la disminución de los valores de cortisol y otros marcadores de estrés físico y mental.

El aumento de catecolaminas producido por la risa afectaría a algunas funciones mentales, como el aumento de la respuesta interpersonal, la alerta, la creatividad y la memoria, así como el aumento de otros neurotransmisores (serotonina, dopamina) tendría un efecto antidepresivo y ansiolítico. En este sentido, “algunos estudios han descrito los beneficios de este elemento en el tratamiento de

---

<sup>215</sup> CARBELO. Op. cit., p. 97.

<sup>216</sup> DEAN, R. Humor and laughter in palliative care. J Palliative Care. 1997. p. 39. En: MORA R, Ramón y GARCIA R, Mari Cruz. El valor terapéutico de la risa en la medicina. Red Española de Investigación en Ciencias de la Risa (REIR). Organización Mundial de la Risa/Escuela Salud Inteligente. Barcelona. España.

pacientes con depresión y ansiedad, o en determinadas psicosis, tales como la esquizofrenia”<sup>217</sup>.

De esta forma se evidencia que “reírse incrementa la autoestima y la confianza en personas deprimidas, supone un refuerzo inmunológico, corta los pensamientos negativos, elimina el miedo y ayuda a minimizar los problemas”<sup>218</sup>.

También se ha evidenciado que la risa es una respuesta o reflejo ante un estímulo físico o psíquico. Además, tiene carácter involuntario, lo que nos dificulta sustraernos a ella. Algunos trabajos pioneros señalaron que cuando una persona ríe, los pulmones son los primeros en alcanzar un beneficio físico pues participan activamente en ella. Cuando se ríe, “el corazón aumenta sus latidos de manera automática y la consecuencia inmediata de este aumento de los latidos del corazón es que la presión arterial también se incrementa. El sistema circulatorio por tanto, recibe un estímulo y resulta beneficiado de todo el proceso. La actividad muscular crece, sobre todo en el abdomen y el tórax. Es por esto que puede decirse que la risa participa en todo el cuerpo, facilitando la digestión y liberando la tensión y el estrés”<sup>219</sup>.

Se puede concluir entonces que “la risa y el humor tienen efectos sobre diferentes funciones del cerebro, pues se activan los distintos procesos químicos, las glándulas endocrinas y, finalmente, se elevan los anticuerpos en el sistema inmunológico de las personas”<sup>220</sup>.

#### **1.7.4.3 Beneficios Comunicativos de la risa**

En cuanto a los aspectos comunicativos, en el cual se hace referencia a la risa como lenguaje y que más adelante se tocará a profundidad en el presente texto, los beneficios de la risa se traducen en la capacidad que tiene para expresar

---

<sup>217</sup> MORA. Op. cit., p. 694.

<sup>218</sup> ELIAS, José. Guía Práctica de Risoterapia. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Madrid, España. Enero de 2006.

<sup>219</sup> CARBELO. Op. cit., p. 85.

<sup>220</sup> Ibid., p. 86.

sentimientos y emociones. Desde el inicio del lenguaje la risa es un elemento vital en el desarrollo comunicativo de los infantes. “En las primeras interacciones con su madre y con quienes les rodean, los pequeños escuchan palabras, expresiones y experimentan sensaciones que les provocan las formas de trato. Aunque no son conscientes del sentido de todas las palabras, entienden que su progenitora u otras personas hablan con ellos. Además, reaccionan mediante la risa, el llanto, los gestos y los balbuceos, siendo estas las formas de interacción de los menores que, no sólo van familiarizándose con las palabras, sino con la fonética, el ritmo y la tonalidad de la lengua que están aprendiendo, así como con la comprensión del significado de las palabras y las expresiones”<sup>221</sup>.

También vemos cómo la comunicación interactiva utiliza la risa como herramienta para disminuir las brechas interpersonales. “La risa como rasgo peculiar, hace tiempo que llamó la atención a psicólogos y sociólogos, quienes postulaban que era la primera parte del proceso interactivo. Además, pusieron en relieve que era una parte de la conciencia colectiva que siempre iba acompañada de un elemento de reciprocidad, y cuyo principal objetivo era disminuir la distancia interpersonal”<sup>222</sup>.

El sentido del humor tiene “un papel relevante en la comunicación interpersonal y también se destaca su papel como inductor importante de la autoestima, el autoconocimiento, el autoconcepto y la autoimagen, porque transmite aprecio, hecho que mejora el concepto que tiene una persona de sí misma”<sup>223</sup>.

De igual manera, sabemos que “la risa figura entre las expresiones características y exclusivas del hombre, y esta relación entre risa y lenguaje no es arbitraria ni

---

<sup>221</sup> Subsecretaría de la Educación Básica. Secretaría de la Educación Pública. Estados Unidos Mexicanos. Acuerdo 348. Normatividad. [en línea]. Disponible en: <[http://www.reformapreescolar.sep.gob.mx/NORMATIVIDAD/acuerdo\\_348\\_tercero.html](http://www.reformapreescolar.sep.gob.mx/NORMATIVIDAD/acuerdo_348_tercero.html)> [citado el 28 de octubre de 2011].

<sup>222</sup> CARBELO. Op. cit., p. 95.

<sup>223</sup> Ibid., p. 112.

accidental. Según Plessner, la risa es genéticamente anterior al lenguaje<sup>224</sup> y según Alverdes “prepara para la comprensión lingüística”<sup>225</sup>. De ahí que sus beneficios estén conectados directamente con el proceso evolutivo de la comunicación y el lenguaje como característica distintiva del ser humano.

#### **1.7.4.4 Terapia de la risa o risoterapia**

##### **1.7.4.4.1 Definición, historia y estudios**

La terapia de la risa o risoterapia se define como “una estrategia o técnica psicoterapéutica tendiente a producir beneficios mentales y emocionales por medio de la risa”<sup>226</sup>. *The Association for Applied and Therapeutic Humor*, fundada en 1988, define *therapeutic humour* as “any intervention that promotes health and wellness by stimulating a playful discovery, expression, or appreciation of the absurdity or incongruity of life’s situations”<sup>227</sup>. Es importante hacer la aclaración que esta técnica no se considera como una terapia alternativa en el sentido de la palabra, ya que la risoterapia, si bien ayuda a mejorar el estado de los pacientes, no tiene capacidad de sanar por sí misma.

Los inicios de la aplicación de la risa como técnica para producir beneficios es tan relativa, como las teorías que buscaban entender sus propiedades terapéuticas. Para hablar de la historia de la terapia de la risa debemos remontarnos a la edad media, en donde la figura del bufón como elemento de la corte era fundamental para garantizar el bienestar del rey. *Mediaeval medicine “considered health to be largely governed by four humours: sanguine, melancholic, choleric, and phlegmatic; imbalance of the humours produced distinctive emotional states. The*

---

<sup>224</sup> PLESSNER, H Lachen and Weinen, 2da, ed., 1950. En El Origen del Lenguaje. J.M Briceño Guerrero. Disponible en: < [http://vereda.saber.ula.ve/jonuelbrigue/origen\\_lenguaje.pdf](http://vereda.saber.ula.ve/jonuelbrigue/origen_lenguaje.pdf)> [citado el 18 de octubre de 2011].

<sup>225</sup> ALVERDES, F. Die Tierpsychologie in ihren Beziehungen zur Psychologie der Menschen, 1932. p. 70. En: El Origen del Lenguaje. J.M Briceño Guerrero. Disponible en: <[http://vereda.saber.ula.ve/jonuelbrigue/origen\\_lenguaje.pdf](http://vereda.saber.ula.ve/jonuelbrigue/origen_lenguaje.pdf)> [citado el 18 de octubre de 2011].

<sup>226</sup> FUNDACIÓN CORAZÓN EN PARCHES. Terapia de la risa. Disponible en: <<http://www.naricesrojas.org/content/terapia-de-la-risa-0>> [citado el 18 de octubre de 2011].

<sup>227</sup> SPITZER, Peter. Essay Hospital clowns—modern-day court jesters at work . Lancet 2006 Medicine and Creativity. Vol. 368.December 2006 p. 534.

*court jester was specifically employed by the court to help rebalance the humours*<sup>228</sup>. En Europa a mediados del siglo XVI, el escritor, médico y humorista francés, François Reblais, fue el primer médico que aplicó la risa como terapia, al usar libros cómicos de su autoría que leía a sus pacientes en estado crítico. “El médico inglés William Battie, propuso por primera vez el tratamiento de la risa en los enfermos mentales durante el reinado de Jorge III (1760-1820)”<sup>229</sup>. En 1926 Ana Freud, fue una de las primeras personas que utilizó la ludo-terapia y la introdujo en sus principios psicoanalíticos al tratamiento de los niños con trastornos. Con esta formuló un método para incluir al niño en la actuación terapéutica.

“Hacia 1930 se inauguró un servicio de psiquiatría infantil en el departamento de pediatría en el Hospital Johns Hopkins. En las décadas siguientes se crearon centros de formación y cátedras en las principales universidades, periódicos especializados, sociedades nacionales e internacionales, dispensarios y unidades residenciales para niños con trastornos emocionales, donde se llevaron a cabo intensas actividades de investigación”<sup>230</sup>.

En 1972, el médico Patch Adams, “fundó el Instituto *Gesundheit* como una respuesta al cuidado de la salud en los Estados Unidos. La misión de Adams era llevar diversión, amistad y felicidad del servicio a la práctica médica. Para ello, integró más a los médicos en la vida de los pacientes, no solo desde el punto de vista de la atención en salud, sino en conocer más acerca de la vida de ellos”<sup>231</sup>. El trabajo de Adams ha sido fuente de inspiración para toda una larga cadena de organizaciones que buscan seguir con su corriente de pensamiento. Gracias a esta labor, se le considera uno de los precursores del trabajo con la risa en los ambientes hospitalarios.

---

<sup>228</sup> Ibid., p. 534.

<sup>229</sup> RAMOS. Op. cit., p. 58.

<sup>230</sup> LOZADA, Carolina y NEIRA, María Nelly. Impacto Psicosocial de la Terapia de la Risa en Menores Portadores de VIH SIDA. Fundación Doctora Clown. III Simposio Nacional de Vivencias y Gestión en Recreación. Vicepresidencia de la República. Agosto de 2003. Bogotá, Colombia. p. 36.

<sup>231</sup> RAMOS. Op. cit., p. 59.

Una de las escuelas que se ha destacado por su trabajo con el sentido del humor ha sido la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis, “en donde se utilizan diversos recursos extravagantes y atrevidos para recrear un ambiente más ameno en los hospitales”<sup>232</sup>. “*Big Apple Circus established the Clown Care Unit in New York City in 1987 as the first structured hospital clown programme, with frequent and regular visits to host hospitals. There are now many hospital clowning programmes around the world—Theodora Foundation (Europe, South Africa, Hong Kong, and Belarus), Le Rire Médecin (France), Die Clown Doktoren (Germany), Payasospital (Spain), Soccorso Clown (Italy), CliniClowns (Europe), Doctors of Joy (Brazil), Fools for Health (Canada), and Humour Foundation (Australia)*”<sup>233</sup>.

Existen organizaciones dedicadas al trabajo de la risoterapia en diferentes países, todas con la misión de utilizar la terapia de la risa para mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas. Ejemplos de Estados Unidos, Canadá, Suiza y España, reflejan nuevas formas de ver la relación médico-paciente en pro de crear una mejor calidad de vida de los últimos. Entre estos casos resalta la corriente cognitiva creada por Albert Ellins, denominada la Terapia Racional Emotiva. También está la reciente incorporación de payasos profesionales en la nómina permanente de hospitales en Europa Central. Otro ejemplo tangible es ‘La Asociación la Sonrisa Médica de España’, una pequeña organización de payasos cuyo objetivo es “animar a los niños hospitalizados y, en su experiencia práctica, han podido comprobar que reír suaviza la piel, rejuvenece, crea defensas contra enfermedades, reduce la tensión y proporciona un gran equilibrio interno”<sup>234</sup>. Se encuentra a su vez el caso de la fundación Theodora, “creada en 1993 en el cantón de Vaud (Suiza), que tiene como objetivo aliviar el sufrimiento de los niños hospitalizados con el sencillo método de acercarlos a la risa. Año tras año la idea ha ido creciendo y se ha llevado a más de 70 hospitales en Suiza y otros países de Europa, Asia y África”<sup>235</sup>.

---

<sup>232</sup> RAMOS. Op. cit., p. 59.

<sup>233</sup> SPITZER. Op. cit., p. 534.

<sup>234</sup> CARBELO. Op. cit., p. 27.

<sup>235</sup> *Ibid.*, p. 27.

En Latinoamérica existen fundaciones dedicadas al trabajo con la risa en los ambientes hospitalarios. En Perú está el caso de la ONG ‘Bola Roja’, una “asociación dedicada a la formación de *clowns* profesionales, comprometidos con la exploración de sus posibilidades artísticas como medio generador de transformación social y personal”<sup>236</sup>. En Colombia la Fundación ‘Doctora Clown’, “busca por medio de la terapia de la risa contribuir en la salud emocional del niño hospitalizado, expuesto al desequilibrio que conlleva dicha hospitalización”<sup>237</sup>. Desde la creación de esta última hace 13 años, su misión se ha ido expandiendo por el país y replicando en diferentes ciudades.

En Bucaramanga la Fundación ‘Corazón en Parches’, “entidad sin ánimo de lucro, busca por medio de la risoterapia –como herramienta para mejorar el estado de ánimo de los pacientes y crear con ello un vínculo socio afectivo- profesar un estilo de vida que logre romper con los imaginarios de los centros hospitalarios. En el símbolo de Patch Adams, proponen al *clown* como herramienta para alcanzar sus objetivos”<sup>238</sup>. Esta fundación es pionera en la utilización de la terapia de la risa en la ciudad. Con más de 5 años de funcionamiento ha expandido su trabajo con la risa a diferentes ámbitos hospitalarios entre los que se incluyen: el área de urgencias, quemados y materno infantil.

Los voluntarios que son parte de estas organizaciones cuentan con una formación artística, social y humana, especializada para poder desarrollar la risoterapia. Toda esta preparación se lleva a cabo porque la terapia busca mucho más que hacer reír al paciente, su objetivo se centra en crear un ambiente propicio para el mejoramiento de la calidad de vida del mismo. *Hospital clowns are professional performers. “They come from a variety of backgrounds—clowning, acting, physical theatre, mime, music, close-up magic”*<sup>239</sup>.

---

<sup>236</sup> Disponible en: <<http://bolaroja.net/quienes.php>> [citado el 20 de octubre de 2011].

<sup>237</sup> FUNDACIÓN DOCTORA CLOWN. Disponible en: <[www.doctoraclown.org/](http://www.doctoraclown.org/)> [citado el 20 de octubre de 2011].

<sup>238</sup> FUNDACIÓN CORAZÓN EN PARCHES. Disponible en: <<http://corazonenparches.blogspot.com/p/que-es-fcp.html>> [citado el 20 de octubre de 2011].

<sup>239</sup> SPITZER. Op. cit., p .534.



Queda claro entonces, que al mismo tiempo que mejora la calidad de vida de los pacientes, la risa logra crear un ambiente diferente en las clínicas y en los hospitales. Estos lugares concebidos socialmente como lugares asépticos, silenciosos y de un alto nivel de estrés, son en cierta medida los responsables de la calidad de vida de los pacientes en su estadía.

#### **1.7.5 Conclusión: en busca de una comunicación asertiva**

A pesar de que se ha trabajado en el campo de la comunicación para la salud a nivel mundial y nacional, la relación entre estos dos factores ha sido limitada y se ha centrado principalmente en la prevención y en un lenguaje visual que transmite indicaciones y normas dentro de un ambiente hospitalario.

Es importante resaltar que a nivel internacional se ha logrado vincular con mayor fuerza la comunicación y la salud, pero también se identificaron factores que obstaculizan la transmisión de los mensajes, situación que se vio reflejada en un principio en el personal de salud de dichos ambientes, quienes presentaban dificultad al momento de comunicar efectivamente la información ante la sociedad. A partir de este escenario se comenzó a trabajar en el fortalecimiento de esta relación comunicativa y se planteó la necesidad de estrechar los vínculos entre los actores involucrados en un colectivo social. Aunque se intentó focalizar sobre este punto, los avances que se dieron de la comunicación en la salud se manifestaron a través de los medios masivos de comunicación, donde los temas relacionados con la misma comenzaron a ser parte de la agenda de éstos. Cabe resaltar que en los últimos años se comenzó a dar mayor importancia a las capacitaciones y cursos en comunicación para los profesionales de la salud en diferentes escuelas de algunos países en el exterior.

En un contexto más cercano a Colombia, Latinoamérica presenta un panorama similar al anterior donde la comunicación también se ha visto como herramienta de prevención en el campo de la salud. Fue precisamente en la década de los ochenta donde se identificó la importancia de este elemento y se planteó un

modelo que lo involucrara: la educación sanitaria<sup>240</sup>. Pero este modelo también se centró en las prácticas de prevención a través de los medios masivos de comunicación donde la publicidad y el marketing fueron las herramientas para desarrollarlo.

En Colombia la comunicación para la salud presenta una situación similar, aunque desde sus inicios, ha estado ligado al contexto legal donde las instituciones establecieron la importancia de este elemento en el campo médico. Pero, de igual forma, se ha focalizado solo en el desarrollo de campañas de prevención y vacunación, donde la comunicación se vincula únicamente a un ámbito de promoción y no de interacción entre los actores participantes en el contexto hospitalario.

Aunque durante los últimos años se puede evidenciar una evolución en el campo de la comunicación para la salud en el mundo y en Colombia, la primera sigue estando ligada a los medios masivos donde las informaciones están relacionadas con la prevención y el desarrollo de la salud a nivel de investigaciones. Es así como el tratamiento y el enfoque que ha tenido la comunicación en la salud se ha centrado más en lo técnico y lo visual, en herramientas publicitarias que se pueden ver, leer y releer pero que no generan un proceso de retroalimentación con la sociedad y no permiten crear verdaderos vínculos entre los actores.

A partir de esta situación se plantearon categorías de estudio con el objetivo de ahondar en elementos que permitan fortalecer la comunicación dentro los ambientes hospitalarios, para el caso de esta investigación, el del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander, HUS. Fue así como se establecieron cuatro categorías, que desde de una análisis deductivo, facilitaron la identificación de elementos clave que dificultan los procesos comunicativos e interpersonales en dicho escenario. Los imaginarios, la comunicación, las

competencias comunicativas y la risa como lenguaje terapéutico, fueron los elementos que apoyaron la investigación.

Para el desarrollo de dichas categorías se realizó una búsqueda de información donde, a partir de la construcción del marco teórico y el estado del tema, se identificó el concepto más claro y apropiado para cada una de éstas. Partiendo desde la concepción de los imaginarios como elementos influyentes en la realidad, se determinaron –para esta investigación- como una “manera compartida por grupos de personas de representar mentalmente el espacio y el tiempo”, donde ese compartir incluye simbología, formas y contenidos, es decir, significantes y significados, en los cuales dichos grupos se reconocen, aun cuando -en nuestra individualidad moderna- las intensidades en dichos reconocimientos son variables<sup>241</sup>.

Aunque los imaginarios se contemplan como factores difíciles de modificar, se encontró en la comunicación una herramienta que puede contribuir a su transformación gracias a la multiplicidad de elementos que incorpora en el interaccionismo. Teniendo en cuenta la anterior idea, la comunicación se definió entonces, como “la agrupación de un lenguaje verbal y no verbal que debería tratarse como una integración de elementos que deben verse de manera universal y total de un proceso que contribuye a la creación de las relaciones comunicativas”<sup>242</sup>. Relaciones que se apoyan con el fortalecimiento de las competencias comunicativas de los actores involucrados en un contexto determinado y que se identificaron “como el conjunto de habilidades o capacidades que posibilitan una participación apropiada en este tipo de situaciones (...), y que buscan cumplir con los propósitos de la comunicación personal, es decir, lograr lo que se quiere o necesita y hacerlo dentro de lo socialmente aceptable (sentido y coherencia)”<sup>243</sup>.

---

<sup>241</sup> BAEZA. Op. cit., Disponible en: <<http://policontexturas.blogspot.com/2008/09/qu-son-los-imaginarios.html>>

<sup>242</sup> JORQUES. Op. cit., p. 75.

<sup>243</sup> LOZANO. Op. cit., Disponible en: <[http://www.anuies.mx/servicios/p\\_anuies/publicaciones/revsup/res053/txt4.htm](http://www.anuies.mx/servicios/p_anuies/publicaciones/revsup/res053/txt4.htm)>

Teniendo como base la comunicación, en el desarrollo de la investigación se definió la importancia de involucrar un elemento que fortalezca y posibilite escenarios participativos y asertivos. Fue así como se integró la risa como un lenguaje terapéutico que involucra diferentes elementos comunicativos –verbales y corporales- los cuales ayudan a mejorar la calidad de vida de los pacientes y crean un ambiente diferente en las clínicas y en los hospitales, lugares concebidos socialmente como sitios asépticos, silenciosos y de un alto nivel de estrés.

Fue así, como la concepción de cada una de las categorías desarrolladas permitió visualizar los elementos fundamentales de estudio para esta investigación, a partir de un sustento teórico y una mirada a la situación actual de la comunicación en el campo de la salud. A partir de un estudio deductivo se pudieron reconocer los factores que intervienen en el proceso comunicativo de los actores involucrados en el Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander, HUS, con el objetivo de identificar las oportunidades de mejora que tiene este escenario en el espectro de la comunicación y las relaciones interpersonales.

## 2. CAPÍTULO II

### IMAGINARIOS, ELEMENTOS CONCEPTUALES VISIBLES EN LA REALIDAD

El objetivo del capítulo se centra en el análisis de los imaginarios que tienen los diferentes actores sobre las competencias comunicativas de cada uno ellos. Esto se plantea con el fin de proponer estrategias que permitan fortalecer, principalmente, la relación entre el personal de salud y los pacientes, pues este factor es fundamental para el desarrollo óptimo de los tratamientos que afrontan a diario los niños del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander, HUS. Es importante antes de plantear posibles soluciones, conocer la raíz de la situación que, sin duda, es la base primordial del éxito de una estrategia que busca generar mayor interacción entre los actores de los ambientes hospitalarios.

Las experiencias personales y ajenas crean en la mente de los individuos un mundo de significaciones que construyen conceptos positivos y negativos frente a los lugares y especialmente frente a otras personas. A partir de estas experiencias se despliegan los imaginarios, es decir, “aquellas elaboraciones simbólicas de lo que observamos o de lo que nos atemoriza o deseamos que existiera”<sup>244</sup>, como afirma Néstor García Canclini.

El desarrollo de esta investigación no pudo dejar de lado este factor determinante en las relaciones que se forman en un ambiente tan complejo, como lo es el hospitalario. Cada uno de los actores que allí convergen crea un imaginario frente al otro, teniendo como base experiencias propias y ajenas. Por esto, se hizo necesario indagar sobre las ideas que se tienen frente a las competencias comunicativas del personal de salud del HUS. También se averiguó sobre las percepciones que tienen el personal de salud y los padres, sobre los voluntarios de la fundación, quienes son finalmente –junto con su terapia de la risa- el apoyo

---

<sup>244</sup> ENTREVISTA con Néstor García Canclini. Op. cit., p. 2.

de las estrategias planteadas. Esta recolección de opiniones y apreciaciones se realizó a partir de las experiencias vividas por padres, familiares, especialistas en el tema, voluntarios de la Fundación Corazón en Parches y parte del personal del Pabellón de Pediatría del HUS.

Y es que en la actualidad la comunicación está presente en cualquier profesión, y aquellas que requieren de un mayor contacto con las personas, no pueden ser distantes a este factor. Hoy más que nunca la comunicación y la salud están directamente relacionadas, pero es claro que aún no se le da la suficiente importancia en esta carrera. Relaciones distantes, rumores y percepciones negativas configuran este desequilibrio en un ambiente donde la comunicación es tan importante como el procedimiento médico y donde su ausencia es la principal causa de la creación de imaginarios.

El capítulo se estructuró a partir de tres indicadores: las experiencias, los rumores y los calificativos asociados al personal de salud y a los voluntarios de la fundación. Teniendo en cuenta este orden, se desarrolló cada indicador que a su vez arrojó diferentes categorías que complementaron significativamente el análisis de las relaciones interpersonales de cada uno de ellos. A partir de estas estas se profundizó en factores como: las relaciones interpersonales, la integración, los estereotipos, los miedos y tensiones; la atención oportuna, el lenguaje familiar, la interacción, los valores, el ambiente dinámico y la gesticulación. Categorías que se convierten en la causa principal de la creación de los imaginarios en la mente de los actores involucrados.

## **2.1 LOS IMAGINARIOS COMO CONCEPCIONES DE LA REALIDAD PERCIBIDA**

Los imaginarios son un elemento clave en este proyecto, pues constituyen un eslabón del proceso comunicativo que se forma entre los actores involucrados en el ambiente hospitalario. A partir de ellos se desprenden un sinnúmero de

significaciones que determinan en gran parte la calidad de las relaciones interpersonales que se viven allí.

Se entiende de manera básica a los imaginarios como aquello que existe en la mente e imaginación de las personas<sup>245</sup>, pero sin duda hay concepciones mucho más amplias y concretas que reúnen elementos fundamentales en la construcción de los imaginarios. Aunque se podrían clasificar los imaginarios en varios tipos, existe uno que logra reunir un mayor número de características frente a este concepto: el imaginario social. Éste es definido como una “manera compartida por grupos de personas de representar mentalmente el espacio y el tiempo”, donde ese compartir incluye simbología, formas y contenidos, es decir, significantes y significados, en los cuales dichos grupos se reconocen, aun cuando -en nuestra individualidad moderna- las intensidades en dichos reconocimientos son variables<sup>246</sup>.

La construcción de imaginarios en la mente de las personas se da – principalmente- a partir de las experiencias propias o ajenas. Es decir, de acuerdo a la calidad de estas experiencias se generan las significaciones de dichos momentos, lugares o personas. Esa construcción individual es la que, como afirma Néstor García Canclini<sup>247</sup>, permite la interacción social y la subjetividad como reconstructora de la realidad. Y es precisamente allí, donde el interaccionismo representa la importancia de la construcción de los imaginarios en el proceso comunicativo que viven a diario los diferentes actores que convergen en el Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander, HUS. A partir de ellos se generan concepciones variadas que tienen afectación directa en las relaciones interpersonales que se dan en este espacio.

---

<sup>245</sup> REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Banco de datos (CORDE) [en línea]. Disponible en: <[www.rae.es](http://www.rae.es)> [citado el 16 de febrero de 2013].

<sup>246</sup> BAEZA. Op. cit., Disponible en: <http://policontexturas.blogspot.com/2008/09/qu-son-los-imaginarios.html>

<sup>247</sup> GARCÍA., Op. cit., p. 2.

## 2.2 LAS EXPERIENCIAS, EL PRIMER ESLABÓN PARA CONSTRUIR IMAGINARIOS

Las experiencias son, sin duda, la base de la creación de imaginarios en las personas. A partir de ellas se construyen ideas, percepciones y estereotipos sobre otros individuos, otros lugares y un sinnúmero de elementos. Por esto, en esta primera parte se aborda como temática principal el concepto de experiencia y de factores que se desprenden a partir de ella y que constituyen imaginarios en los actores que intervienen en el objeto de estudio.

Al remitirse al concepto básico de experiencia, la Real Académica Española la define como “el hecho de haber sentido, conocido o presenciado a alguien o algo”<sup>248</sup>. Si se profundiza un poco más sobre éste, se encuentra que la experiencia se entiende “por todo aquello que depende, directa o indirectamente, de la sensibilidad; es decir, el conjunto de contenidos que proceden de los sentidos, ya se refieran dichos contenidos a un acto cognoscitivo o a un acto vivencial (emocional) de modo que el ámbito de la experiencia viene a identificarse con el ámbito de la sensibilidad, de la percepción sensible”<sup>249</sup>.

Al ligarse las experiencias con el ámbito emocional y sensible, se pueden determinar si éstas se constituyen de una manera positiva o negativa en la mente del individuo. Para el caso de esta investigación, todos los actores entrevistados han vivido de cerca la experiencia de estar en un ambiente hospitalario, como el del Hospital Universitario de Santander, HUS. Ellos desde su papel -ya sea como padre de familia, integrante del personal de salud, voluntario de la Fundación Corazón en Parches, docente de medicina o comunicador social de algún centro de salud- han percibido de diferente forma las situaciones que se presentan en este escenario y que de alguna u otra manera crean representaciones distintas en

---

<sup>248</sup> REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Banco de datos (CORDE) [en línea]. Disponible en: <[www.rae.es](http://www.rae.es)> [citado el 16 de febrero de 2013].

<sup>249</sup> La filosofía del bachillerato Disponible en: <<http://www.webdianoia.com/glosario/display.php?action=view&id=128&from=action=search|by=E>> [citado el 18 de febrero de 2013].



cada persona, precisamente de acuerdo a su experiencia vivida y al contacto que han tenido con los otros actores que convergen en dicho lugar.

Si se ahonda más en el concepto de experiencia se logran obtener nuevas aristas que permiten complementarlo y hacerlo más sólido, de tal manera que ayuda a comprender de forma clara y concreta porqué estas se vuelven generadoras de imaginarios. Su significación no puede quedarse solo en la idea de lo que le ocurre a un sujeto. Se podría decir que un requisito para que un hecho se contemple como experiencia es que el sujeto sienta, experimente y viva lo ocuriente<sup>250</sup>. Esto en últimas es lo que lo hará recordarla, ya sea de manera positiva o negativa. Además de estas características que se le atribuyen a la experiencia, ella también cuenta con una estructura que la hace visible y le otorga precisamente el nombre de 'experiencia'. Está compuesta básicamente por dos elementos: el primero es la existencia o presencia del sujeto que debe estar consciente y contar con memoria. Y el segundo es la ocurrencia de un cambio de alguna clase, que se denomina acontecer<sup>251</sup>.

Entonces, a partir de estas significaciones se puede llegar a una concepción más integral de la palabra experiencia: "aquello que acontece a un sujeto, que esté consciente y que tiene memoria"<sup>252</sup>. La memoria es la palabra clave que permite interrelacionar la experiencia con la creación de imaginarios en la mente de los actores que participan en un ambiente hospitalario, en este caso el del HUS.

Cada actor –como se mencioné anteriormente- tiene diferentes imaginarios frente a los otros y frente al ambiente, los cuales se forman –precisamente- a través de su experiencia. En ocasiones la presencia de experiencias opuestas hace que la perspectiva de un individuo hacia un grupo determinado de personas varíe y evita que se generalicen opiniones que sólo aplican para ciertos sujetos de ese grupo.

---

<sup>250</sup> VELASCO, Castro Antonio. Borrar la experiencia. De la experiencia individual a la experiencia social. En: Nómadas, Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídica. Universidad Simón Bolívar, Venezuela. 2007. p. 2. [PDF en línea] Disponible en: <<http://pendientedemigracion.ucm.es/info/nomadas/15/avcastro.pdf>> [citado el 18 de febrero de 2013].

<sup>251</sup> Ibid., p. 2.

<sup>252</sup> Ibid., p. 3.

Los padres de familia que a diario acompañan a sus hijos en la lucha contra el cáncer que afrontan desde el Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander, coincidieron en que su experiencia durante su estadía allí ha sido positiva. Claro está, algunos manifestaron ciertas inconformidades por parte de integrantes del personal de salud del HUS. Inconformidades que se generaron a partir del contacto directo entre los padres y alguien del personal, y que dejaron en la memoria de los primeros una imagen de ellos que, aunque no opaca la buena labor de los otros, si genera recuerdos negativos. A partir de esto, se crearon distintas percepciones que condujeron a la creación de imaginarios opuestos sobre un mismo grupo de actores: “Hay enfermeras muy pendientes de los medicamentos, de tomarles la temperatura, aunque hay algunas que ponen problemas en las visitas y en algunos objetos que traemos. Están muy pendientes de la evolución, siempre están ahí”<sup>253</sup>.

Para este caso surgieron más percepciones positivas que negativas por parte de los padres hacia el personal de salud. Frente a ellos resaltaron percepciones de interacción, lenguaje familiar e inconformidad en el trato.

En primera instancia está la interacción, que se define como “la participación dinámica y activa por parte del usuario, así como el control que éste tiene sobre la experiencia en cuestión”<sup>254</sup>. Es importante, como afirma Nathan Shedroff<sup>255</sup>, no situar a la interacción necesariamente al lado de elementos dinámicos, por el contrario, ver “la interacción como un proceso de continua acción y reacción entre

---

<sup>253</sup> ENTREVISTA con familiar de paciente del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander. Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 14]

<sup>254</sup> GONZÁLEZ ARRIBA, Mónica Isabel Y MOLDONADO SERRANO, Mayra Deyanira. Diseño de un sistema de rutas dentro de imagina, Museo Interactivo Puebla, que promueva diferentes niveles de aprendizaje. Definición de interacción. Trabajo de grado de Diseño gráfico. Escuela de Artes y Humanidades, Departamento de Diseño Gráfico. En: Colección de tesis digitales en Universidad de las Américas Puebla. México, Puebla. 2005. p. 19. [PDF en línea] Disponible en: <[http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/ldf/gonzalez\\_a\\_mi/capitulo1.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/ldf/gonzalez_a_mi/capitulo1.pdf)> [citado el 2 de marzo de 2013].

<sup>255</sup> SHEDROFF, Nathan. En: GONZÁLEZ, Arriba Mónica Isabel Y MOLDONADO, Serrano Mayra Deyanira. Diseño de un sistema de rutas dentro de imagina, Museo Interactivo Puebla, que promueva diferentes niveles de aprendizaje. Definición de interacción. Trabajo de grado de Diseño gráfico. Escuela de Artes y Humanidades, Departamento de Diseño Gráfico. En: Colección de tesis digitales en Universidad de las Américas Puebla. México, Puebla. 2005. p. 19. [PDF en línea] Disponible en: <[http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/ldf/gonzalez\\_a\\_mi/capitulo1.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/ldf/gonzalez_a_mi/capitulo1.pdf)> [citado el 2 de marzo de 2013].

dos o más partes, en el que los ‘actuantes’ participan alternamente, propiciando con ellos la creación de experiencias”.

Y es precisamente esa interacción la que rescató y manifestó uno de los entrevistados: “Ellos le explican a uno y le dejan abierta la posibilidad de cualquier pregunta que a usted se le pase por la cabeza”<sup>256</sup>. A partir de ellas se forma una relación más cercana entre los padres, los pacientes y los niños, pues la participación en esa relación es mutua y se alimenta de ambas partes.

Esta interacción también genera que el lenguaje empleado por las partes sea más cercano y no tan técnico. El lenguaje “se refiere a la capacidad de comunicación o transmisión de información mediante signos arbitrarios, sonidos verbales o gestos manuales, que tienen una forma convencional y un significado, y se combinan siguiendo unas reglas determinadas”<sup>257</sup>. El lenguaje oral prima en la relación del personal de salud y los pacientes del HUS. Los padres manifestaron que ellos (refiriéndose al personal de salud) procuran manejar un lenguaje tierno y apropiado para los pacientes, teniendo claro, que son niños y el trato debe, por consiguiente, ser diferente. Palabras como ‘afectuosos’ sobresalen en las entrevistas realizadas a los padres donde relatan los momentos que comparten las enfermeras y médicos con los niños en cada una de sus visitas a las habitaciones.

También expresiones como “muy bueno porque ellos los tratan de ‘mi princesa’, ‘mi reina’, ‘mamita, en dónde le duele’. Eso es excelente, ellos la tratan como si fueran los hijos de ellos”<sup>258</sup>, sustentan la presencia de un lenguaje familiar entre estos actores con los niños”. Cabe resaltar que este tipo de expresiones no sólo se evidenciaron en las situaciones nombradas anteriormente. También durante la terapia de la risa resaltaron las palabras de afecto emitidas por los voluntarios hacia los niños y padres de familia. Expresiones que se complementaron con

---

<sup>256</sup> ENTREVISTA con Gladys Ester Caro Moreno, familiar de paciente del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander. Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 15].

<sup>257</sup> MARISCAL ALTARES, Sonia. Los inicios de la comunicación y el lenguaje. Comunicación y Lenguaje. Universidad Nacional de Educación a Distancia. 2008. p. 132. [PDF en línea] Disponible en: <[http://novella.mhhe.com/sites/dl/free/8448168704/599219/8448168704\\_Cap6.pdf](http://novella.mhhe.com/sites/dl/free/8448168704/599219/8448168704_Cap6.pdf)> [citado el 2 de marzo de 2013].

<sup>258</sup> ENTREVISTA con Gladys Ester Caro Moreno. Op. cit., [Ver anexo No. 15].

gestos amables demostrados por los jóvenes y que fueron bien recibidas de manera positiva por estos actores<sup>259</sup>.

Pero las experiencias de los padres también les han dejado algunos capítulos negativos, situaciones que no opacan el buen concepto que tienen de la mayoría del personal de salud, pero que sí recuerdan con desagrado y un poco de angustia: “Al principio, que entramos por urgencias, sí hubo una enfermera que trató muy brusco a la niña, cuando le quitó el catéter la hizo sangrar e inmediatamente vino la enfermera jefe y le llamó la atención”<sup>260</sup>. Este tipo de situaciones generaron en este padre de familia inconformidad en el trato recibido y dejó en su mente un imaginario negativo de un integrante del personal de salud del HUS.

La inconformidad es contemplada como la no aceptación de lo socialmente establecido<sup>261</sup>, pero en este caso se presenta como la no aceptación de un trato recibido, que fue considerado por el familiar de paciente como brusco e inadecuado.

Pero no sólo los padres y familiares construyeron imaginarios a partir de estas experiencias. Los voluntarios de la Fundación Corazón en Parches también tienen sus referentes tanto de los familiares y los niños, como del personal de salud, gracias a las actividades que semanalmente realizan en el Pabellón de Pediatría del HUS. Aquí las opiniones fueron variadas y presentaron rasgos positivos y negativos que fueron expresados por los entrevistados. La mayoría de ellos manifestaron que a los padres y a los niños les agrada la terapia de la risa: “Yo diría que a un 95% de las personas que reciben la terapia les gusta y se sienten cómodos”<sup>262</sup>. Esta afirmación cobró importancia al ser constatada en el método de

---

<sup>259</sup> MÉTODO DE OBSERVACIÓN. Durante de la terapia en el Hospital Universitario de Santander (HUS). Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 24]

<sup>260</sup> ENTREVISTA con familiar de paciente del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander. Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 17].

<sup>261</sup> DICCIONARIO EL PAÍS. Definición de inconforme. Disponible en <<http://servicios.elpais.com/diccionarios/castellano/inconforme>> [citado el 2 de marzo de 2013].

<sup>262</sup> ENTREVISTA con Juan Pablo Gómez, Voluntario de la Fundación Corazón en Parches. Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 9].

observación realizado. En éste, se pudo evidenciar que la mayoría de los padres y niños recibieron con agrado la terapia de la risa y participaron voluntariamente en ella<sup>263</sup>.

En esta parte aparece de nuevo la interacción, como un factor clave en la relación que se forja entre los voluntarios y los niños. Interacción que se vio representada en la participación de los menores en la terapia que realizaron los voluntarios, aunque algunos –por su delicado estado de salud- decidieron no participar de esta.

A lo largo de los meses los voluntarios también han logrado involucrarse más con el personal de salud del HUS. Ellos intentan fortalecer semanalmente la relación, pues consideran importante este factor para el desarrollo de su labor. Con este proceso de acercamiento fortalecen su capacidad de relacionarse cada vez más con las personas que conviven en el hospital. Y es que las relaciones interpersonales son fundamentales en el desarrollo de las actividades que involucran el contacto con otros individuos. Estas son contempladas como “la interacción recíproca entre dos o más personas, involucrando los siguientes aspectos: la habilidad para comunicarse efectivamente, el escuchar, la solución de conflictos y la expresión auténtica”<sup>264</sup>. Este contacto directo entre los actores no solo favorece a los voluntarios de la Fundación Corazón en Parches, también fortalece el desarrollo de las relaciones interpersonales del personal de salud y de los pacientes, para este caso, los niños del Pabellón de Pediatría del HUS. Es así como los voluntarios han logrado un mayor acercamiento con los integrantes del hospital: “El ingreso acá se ha hecho cada vez más amigable con las personas de

---

<sup>263</sup> MÉTODO DE OBSERVACIÓN. Durante de la terapia en el Hospital Universitario de Santander (HUS). Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 24].

<sup>264</sup> LÓPEZ CLEMENTE, Nelyda Deyanira. Las relaciones interpersonales como factor determinante de la comunicación. Relaciones interpersonales. Trabajo de grado. Universidad Panamericana. Quetzaltenango. Facultad de Ciencias de la Educación, Licenciatura en Ciencias de la Educación con Especialidad en Proyectos Educativos. 2011. p. 8. [PDF en línea]. Disponible en: <[http://upana.edu.gt/web/upana/tesis-educacion/doc\\_view/901-t-e2-209-l864](http://upana.edu.gt/web/upana/tesis-educacion/doc_view/901-t-e2-209-l864)> [citado el 5 de marzo de 2013].

seguridad y de enfermería que, en el último año, ha sido nuestro fuerte de trabajo”<sup>265</sup>.

Además ellos buscan la manera de acercarse y brindarles un poco de sonrisas a los integrantes del personal de salud: “Lo curioso que pasó hoy fue que una enfermera me dijo: bueno, usted no viene a hacerme terapia a mí, vaya y hágale la terapia a ellos. Y yo: no, a mí también me importa que usted sea feliz, si usted es feliz le transmite felicidad a los demás. Y dijo: bueno, eso es cierto, siga”<sup>266</sup>, agregó el entrevistado. También manifestó: “Los del personal de salud son muy amables con nosotros y les gusta mucho la labor que hacemos. Algunas veces nos piden –por ejemplo- que no nos alarguemos tanto porque es hora de la comida o cosas así. Pero en general la relación con ellos es buena”<sup>267</sup>.

Y es que el desarrollo de las relaciones interpersonales es fundamental en la vida de las personas. Constituye un factor determinante para que un individuo se sienta aceptado y haga parte de un grupo social<sup>268</sup>. La comunicación es su base, porque esta “es una necesidad personal que presupone participación, diversidad, algo poseído solidariamente por varias personas, al menos dos, e implica al mismo tiempo unidad, cierta concordancia o fusión de las partes para formar un todo: al menos una de ellas o ambas hacen donación de algo al otro”<sup>269</sup>. Para el caso de los niños y los voluntarios este contacto permite que “ellos hagan una conexión con el personaje y eso es muy fuerte y muy bonito, se convierte casi en una amistad”<sup>270</sup>.

A partir de este contacto entre los actores se genera mayor simpatía y agrado de la terapia de la risa que realizan los voluntarios en el HUS. La simpatía es vista más allá de un contagio pasional entre los individuos, se concibe como el

---

<sup>265</sup> ENTREVISTA con Julián Vargas, Voluntario de la Fundación Corazón en Parches. Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 11].

<sup>266</sup> ENTREVISTA con Julián Vargas. Op. cit., [Ver anexo No. 11].

<sup>267</sup> Ibid., [Ver anexo No. 11].

<sup>268</sup> LÓPEZ. Op. cit., p. 8.

<sup>269</sup> LÓPEZ ARANGUREN, J.L.: "La comunicación humana". Guadarrama, 196. En: GARCÍA GARCÍA, Matilde. Comunicación y relaciones interpersonales. p. 2. [PDF en línea]. Disponible en: <[http://www.tendenciaspedagogicas.com/Articulos/1996\\_02\\_01.pdf](http://www.tendenciaspedagogicas.com/Articulos/1996_02_01.pdf)> [citado el 5 de marzo de 2013].

<sup>270</sup> ENTREVISTA con José Fernando Tovar, Médico y fundador de la Fundación Corazón en Parches. Bucaramanga, 14 de septiembre de 2012. [Ver anexo No. 13].

reconocimiento de sentimientos en el otro cuando este se comunica de tal manera que genera una idea en un individuo. Para que exista este elemento es necesaria la presencia de mínimo dos individuos, para que así esta pueda ser experimentada. A partir de ella se forman juicios morales, por medio de los cuales, el individuo expresa un juicio favorable del comportamiento de su prójimo y espera que los demás hagan lo mismo<sup>271</sup>.

Y es precisamente la simpatía el elemento clave en el desarrollo de las terapias, pues en definitiva es la que genera la participación de los actores –especialmente los niños- y hace que ella se efectiva y útil para los menores. Durante la observación de las terapias se pudo evidenciar una alta participación de los niños en dicha actividad, situación que se vio reflejada en los comentarios realizados por los voluntarios al finalizarla: “La sonrisa de los niños es algo espectacular, y por otro lado somos conscientes de ese agrado que tienen los niños por la terapia, porque en el hospital nos dicen los papás, todos no dicen como <no, ellos son locos toda la semana esperando a que sea sábado para poder verlos aunque sea 10 o 15 minutos>, que es lo que podemos tardar en cada habitación. Entonces, eso llena de ánimo y nos muestra que en realidad les agrada lo que estamos haciendo por ellos”<sup>272</sup>.

Aunque se recibieron comentarios positivos –como el anterior- cabe resaltar que no todos los voluntarios manifestaron una simpatía generalizada por parte de los padres hacia ellos. Fue claro que no todos respondieron de la misma manera ante las terapias: “No siempre se da una conexión. Uno no simpatiza con todo el mundo, ni con una nariz puesta”<sup>273</sup>.

Y son precisamente estas situaciones las que generan diferentes estereotipos sobre los voluntarios, según lo que manifestaron en las entrevistas realizadas. La

---

<sup>271</sup> HUME, David. Investigación sobre los principios de la moral. En: POZO FAJARNÉS, José Luis. De la simpatía ilustrada a la solidaridad en el mundo globalizado. 2008. p. 2. [PDF en línea]. Disponible en: <[http://jose Luis pozo.com/simpatia\\_.pdf](http://jose Luis pozo.com/simpatia_.pdf)> [citado el 5 de marzo de 2013].

<sup>272</sup> ENTREVISTA con Omar Camargo, Voluntario de la Fundación Corazón en Parches. Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 12].

<sup>273</sup> ENTREVISTA con Juan Pablo Gómez. Op. cit., [Ver anexo No. 9].

Real Academia de la Lengua Española los define como una imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable<sup>274</sup>.

Los estereotipos son admitidos como un esquema preconcebido de carácter conceptual, lingüístico, sociológico o ideológico (...). Pertenecen al repertorio de fórmulas, imágenes, tópicos y representaciones que comparten los hablantes de una lengua determinada o de una misma comunidad social o cultural. Como son esquemas fijos y pre-construidos, no hace falta elaborarlos personalmente, sino haberlos asimilado del contexto cultural o a través del conocimiento y del uso de la lengua para poderlos aplicar a nuestra percepción de la sociedad y del mundo, y para poderlos emplear en las situaciones de comunicación haciendo posible el entendimiento con los demás y la sensación de connivencia, de familiaridad y de complicidad sociocultural en el tratamiento de ciertos temas, precisamente por compartir los mismos esquemas conceptuales o lingüísticos<sup>275</sup>.

Frente a la terapia de la risa y los voluntarios surgieron varias percepciones que les fueron manifestadas a ellos a través de palabras o gestos de los padres o parte del personal de salud, y que se constituyeron en estereotipos. Varios de ellos expresaron situaciones como: “Hay unos papás que manejan un tanto de fastidio porque usualmente la imagen del payaso no es muy amena ni muy tranquila, suele ser una persona molesta, que altera el curso y el espacio. Esa es la primera lectura que hacen, entonces, muchos se previenen”<sup>276</sup>.

Y es que “los estereotipos se utilizan para satisfacer cuestiones inconscientes, operan como justificantes de los prejuicios. También se les otorga una función defensiva del yo a través de mecanismos como la proyección y el desplazamiento”<sup>277</sup>.

---

<sup>274</sup> REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Banco de datos (CORDE) [en línea]. Disponible en: <www.rae.es> [citado el 10 de marzo de 2013].

<sup>275</sup> HERRERO, Juan. La teoría del estereotipo aplicado a un campo de la fraseología: las locuciones francesas y españolas. Universidad de Castilla – La Mancha. Disponible en: <<http://pendientedemigracion.ucm.es/info/especulo/numero32/teoreste.html>> [citado el 10 de marzo de 2013].

<sup>276</sup> ENTREVISTA con Juan Manuel Espinosa, Voluntario de la Fundación Corazón en Parches. Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 10].

<sup>277</sup> SURÍA, Raquel. Estereotipos y prejuicios. Teoría sobre el origen de los estereotipos. 2010. p. 5. [PDF en línea] Disponible en:



Según algunos voluntarios de la Fundación Corazón en Parches, no solo los padres tienen estereotipos negativos sobre ellos. También sienten que parte del personal de salud no ve las terapias como un proceso serio y afortunado para el progreso del tratamiento del niño. Algunos manifestaron ciertas inconformidades frente a esta situación: “Con el personal médico ha sido un trabajo bastante difícil porque de todos modos ellos a veces tienden un poco a molestarse por el hecho de que piensen que lo que uno está haciendo es tomárselo como un juego o algo así”<sup>278</sup>.

Aunque la fundación ya lleva varios años desarrollando estas actividades en el Hospital Universitario de Santander –y ha logrado tener una conexión permanente con los niños- los estereotipos por parte del personal de salud hacia ellos han sido más difíciles de cambiar a pesar del reconocimiento que obtienen los voluntarios de los padres. Y es que “los estereotipos son resistentes al cambio, poniendo de relieve cómo llegan a desvincularse de los cambios que ocurren en la realidad, porque las imágenes en nuestras mentes son más simples y fijas que el flujo de los acontecimientos. Cuando las preconcepciones se ven contradichas por los hechos, se recurre a censurarlos o a distorsionarlos. Pese a todo, no son totalmente inamovibles”<sup>279</sup>.

Es importante resaltar que existen opiniones contrarias que destacan el apoyo que los voluntarios han recibido durante los años que llevan realizando la terapia de la risa en el HUS: “Hoy en día ha llegado el punto en que el personal médico también entiende un poco nuestra labor –incluso- también la agradece. Han creado esa conciencia de que tal vez se les ha pasado alguna vez tratar de alentar al paciente, entonces nos ha pasado también que muchas enfermeras y doctoras nos apoyan mucho”<sup>280</sup>.

---

<<http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/14289/1/TEMA%205.%20ESTEREOTIPOS%20Y%20PREJUICIOS..pdf>> [citado el 10 de marzo de 2013].

<sup>278</sup> ENTREVISTA con Omar Camargo. Op. cit., [Ver anexo No. 12].

<sup>279</sup> SURÍA. Op. cit., p. 9.

<sup>280</sup> ENTREVISTA con Omar Camargo. Op. cit., [Ver anexo No. 12].

Pero no solo los estereotipos se generan alrededor de la figura de los *clowns*. También los integrantes del cuerpo médico manifestaron que frente a su imagen, -los niños especialmente- crean ciertos estereotipos en su mente. Éstos se forman principalmente a través del lenguaje visual que transmite el personal de salud por medio de su vestimenta y de los aparatos que utilizan para examinarlos. Comentarios como: “Hay niños que se asustan no más con verlo a uno vestido así”<sup>281</sup>, y “dependiendo de con qué uno vaya a revisarlos, porque hay ciertas cosas que les da miedo, como aparatos y demás”<sup>282</sup>; resaltan entre las apreciaciones dadas por las enfermeras en las entrevistas concedidas.

Pero este tipo de miedos también se forman alrededor de los voluntarios, pues lo niños en ocasiones llegan a manifestar temor frente a ellos y frente a las actividades que realizan, según lo manifestaron algunos integrantes del personal salud: “Hay niños que se asustan con los payasos pero hay otros a los que les gusta mucho”<sup>283</sup>.

El miedo, en su definición más básica, es visto como una “perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario”<sup>284</sup>. Pero si se ahonda más desde una perspectiva psicológica, se logran identificar varios elementos que complementan el concepto de dicha palabra. Según el psiquiatra José Antonio García Andrade<sup>285</sup>, el miedo está íntimamente relacionado con los instintos de conservación y desde este punto se concibe como “una reacción psíquica que afecta nuestro organismos inhibiéndolo o provocando reacciones anómalas e inesperadas, que tiene por base la perturbación anímica, que desencadena la emoción estética del miedo, sufrida por un sujeto. Es la más antigua de todas las emociones humanas y se remonta a tiempos ancestrales”.

---

<sup>281</sup> ENTREVISTA con enfermera auxiliar del Hospital Universitario de Santander (HUS). Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 4].

<sup>282</sup> ENTREVISTA con enfermera auxiliar. Op. cit., [Ver anexo No. 4].

<sup>283</sup> Ibid., [Ver anexo No. 4].

<sup>284</sup> REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Banco de datos (CORDE) [en línea]. Disponible en: <[www.rae.es](http://www.rae.es)> [citado el 10 de marzo de 2013].

<sup>285</sup> GARCÍA ANDRADE, José Antonio. Reflexiones sobre responsabilidad médica. Madrid: EDERSA. 1998. p. 83. En: PAREDES VARGAS, César Augusto. Concepto médico, psiquiátrico y psicológico del miedo. p.1. [PDF en línea] Disponible en: <[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/human/paredes\\_v\\_c/cap\\_3.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/human/paredes_v_c/cap_3.pdf)> [citado el 10 de marzo de 2013].

Aristóteles definió el miedo como la espera de un mal<sup>286</sup>, concepción en la que coinciden otros autores como Manuel Quintanar Díez<sup>287</sup>, quien afirma que “éste es la emoción choque de defensa ante un peligro inminente (real o putativo), normalmente externo, reconocido como tal por el individuo que lo padece”.

Aunque puede existir cierto miedo por parte de los niños hacia la figura del *clown*, las entrevistas realizadas a algunos integrantes del personal de salud del Pabellón del Pediatría, muestran un claro reconocimiento frente a las terapias que realizan los voluntarios cada semana. Ellos resaltan ciertas cualidades de estos jóvenes, cualidades que influyen directamente en el estado de ánimo de los niños y que les permiten transmitir algunos momentos de alegría y sonrisas a pesar de la difícil situación que atraviesan los menores.

Para el caso desarrollado en el proyecto, el miedo expresado por los niños se da principalmente por los objetos, colores y formas que se agrupan al momento de recibir atención médica. La vestimenta y los aparatos utilizados por el personal de salud son los principales generadores de miedo en los niños, que se intimidan en el momento de las revisiones y demuestran temor al tener contacto con ellos. En la mente de algunos menores se ha creado un imaginario recesivo frente a la figura de la enfermera o médico, debido a las experiencias y al lenguaje visual representado en los elementos anteriormente nombrados.

Durante el desarrollo de la terapia también se destacaron otros elementos que dieron origen a importantes categorías del proyecto. Entre estas, los valores se destacan como la principal característica que le atribuye el personal de salud del HUS a los voluntarios de la Fundación Corazón en Parches. Un valor es definido como “algo relativamente permanente, sin constituir algo estático o incambiable.

---

<sup>286</sup> ARISTÓTELES. *Ética a Nicomaco*. Clásicos políticos, Centro de Estudios Constitucionales, edición bilingüe por María Araujo y Julián Marías. Madrid, 1985. p. 41. En: GARCÍA ANDRADE. Citado por PAREDES VARGAS, César Augusto. *Concepto médico, psiquiátrico y psicológico del miedo*. p. 2. [PDF en línea] Disponible en: <[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/human/paredes\\_v\\_c/cap\\_3.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/human/paredes_v_c/cap_3.pdf)> [citado el 10 de marzo de 2013].

<sup>287</sup> QUINTANAR DIÉZ, Manuel. *La eximente del miedo insuperable*. Madrid: EDERSA. 1998. p. 41. En: PAREDES VARGAS, César Augusto. *Concepto médico, psiquiátrico y psicológico del miedo*. p. 2. [PDF en línea] Disponible en: <[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/human/paredes\\_v\\_c/cap\\_3.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/human/paredes_v_c/cap_3.pdf)> [citado el 10 de marzo de 2013].

Una vez que el valor ha sido adquirido tiende a permanecer como característica del sujeto”<sup>288</sup>. Características que son repetitivas en las descripciones dadas por los primeros y que constituyeron evidentemente un imaginario positivo de los voluntarios en la mente de los otros actores. Expresiones como humildad, carisma y respeto se destacan entre estos valores que son atribuidos a los jóvenes<sup>289</sup>.

Al profundizar en el concepto de valor se encuentra que se refiere a formas de conducta o estados deseables de existencia, donde se logran diferenciar dos tipos de valores: instrumentales y terminales. Los valores instrumentales están relacionados con los modos de conducta, pueden ser ‘valores morales’ cuando tienen un foco interpersonal y pueden producir problemas de conciencia al no ser cumplidos. Dentro de esta categoría también se ubican los ‘valores de suficiencia’, que tienen un foco individual y están orientados hacia un comportamiento autoreforzante. Por su parte los valores terminales, hacen referencia a los estados deseables de existencia, donde se pueden ubicar los ‘valores personales’ – centrados en el yo- o los ‘valores sociales’, que manejan un foco interpersonal<sup>290</sup>.

Estos últimos valores –los sociales- se ajustan a las características de interrelación otorgadas por el personal de salud a los voluntarios de la fundación. Muestra de ello se reflejó en las declaraciones dadas en las entrevistas: “Son muy alegres, son muy amables, siempre están contentos, juegan con los niños, se portan muy bien con ellos”<sup>291</sup>. Además de otras manifestaciones como: “Son extremadamente cariñosos y bastante comprensivos con los niños”<sup>292</sup>. Expresiones como las anteriores están sólidas en la mente de las enfermeras y son transmitidas de manera natural ante otras personas, lo cual hace que ese

---

<sup>288</sup> SALAZAR, José Miguel. MONTERO, Maritza. MUÑOZ, Carlos. SÁNCHEZ, Euclides. SANTORO, Eduardo; Y VILLEGAS, Julio. *Psicología Social. Valores y motivaciones sociales*. México D.F.: Editorial Trillas. 1979. p. 111.

<sup>289</sup> ENTREVISTA con practicantes de enfermería del Hospital Universitario de Santander. Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 5].

<sup>290</sup> SALAZAR. Op. cit., p. 111.

<sup>291</sup> ENTREVISTA con camillero del Hospital Universitario de Santander (HUS). Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 7].

<sup>292</sup> ENTREVISTA con enfermera auxiliar del Hospital Universitario de Santander (HUS), Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 4].

imaginario se transfiera y se forme una buena imagen de las actividades y terapias que realizan semanalmente los voluntarios de la Fundación Corazón en Parches.

A través del desarrollo de esta investigación no sólo se tuvieron en cuenta entrevistas con los diferentes actores, también se desarrolló un método de observación enfocado en los voluntarios. Este se llevó a cabo antes y durante la terapia que realizaron en el Hospital Universitario de Santander en fechas determinadas. A partir de estas observaciones se pudieron identificar ciertos elementos clave en conformación de los imaginarios, teniendo como base –en primera medida- las experiencias vividas entre ellos con el personal de salud, los niños hospitalizados y los padres de familia.

Durante la preparación de los voluntarios se resaltaron ciertos elementos fundamentales para el desarrollo óptimo de la terapia. Se destacaron principalmente la comunicación y la interacción<sup>293</sup>, (Ver anexo método de observación antes de la terapia); donde la última ya se ha definido anteriormente. Ambas, de cierta manera, se complementan y conforman un ambiente propicio y participativo entre todos los actores.

Si se define la comunicación desde sus inicios y a partir de autores reconocidos, nos podemos remitir al modelo planteado por Shannon y Weber, que se centró básicamente en la eficacia de la transmisión del mensaje. Weber consideraba la comunicación como el conjunto de procedimientos por medio de los cuales un mecanismo (...) afecta a otro mecanismo<sup>294</sup>. Pero es necesario ahondar en concepciones más amplias que involucren el contacto que se da entre los actores debido al foco del proyecto.

Entonces, se debe entender la comunicación desde una mirada integradora que

---

<sup>293</sup> MÉTODO DE OBSERVACIÓN. Durante de la terapia en el Hospital Universitario de Santander (HUS). Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 24].

<sup>294</sup> MIQUEL. Op. cit., Disponible en: <[http://www.portalcomunicacio.org/uploads/pdf/20\\_esp.pdf](http://www.portalcomunicacio.org/uploads/pdf/20_esp.pdf)>.

es necesaria para el desarrollo de las relaciones que se conforman en un ambiente.

“En todo grupo humano la comunicación se constituye en un vínculo de cohesión entre sus miembros y en instrumento de desarrollo y de subsistencia de la misma sociedad. Dentro de ésta, el lenguaje se nos ofrece no sólo como excelente medio de comunicación, sino también como herramienta poderosa que adquiere el hombre para conocer y aprender la realidad por la representación simbólica, canalizar la expresión de sus necesidades, afectos y experiencias, establecer relaciones socio-culturales y producir creativamente en el campo científico, tecnológico y artístico”<sup>295</sup>.

Sonrisas y buen humor fueron herramientas que sirvieron para comunicarse entre los voluntarios. Comentarios positivos frente a sus compañeros lograron crear un ambiente adecuado y propicio para el desarrollo de la terapia, según lo observado<sup>296</sup>. El ambiente, según Daniel Raichvarg<sup>297</sup>, “se deriva de la interacción del hombre con el entorno natural que lo rodea. Se trata de una concepción activa que involucra al ser humano y por tanto involucra acciones pedagógicas en las que, quienes aprenden, están en condiciones de reflexionar sobre su propia acción y sobre las de otros, en relación con el ambiente”. Esta definición se ajusta al contexto donde se desarrolló el proyecto, pues en él se forjan un sinnúmero de relaciones entre los actores, que en definitiva, son la base de formación y construcción de los imaginarios que se han mencionado a lo largo del capítulo.

En el transcurso de la terapia también aparecieron elementos interesantes que vale pena mencionar. Se pudieron observar más aspectos positivos que negativos,

---

<sup>295</sup> NIÑO. Op. cit., p. 56.

<sup>296</sup> MÉTODO DE OBSERVACIÓN. Antes de la terapia en el Hospital Universitario de Santander (HUS). Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 23].

<sup>297</sup> DUARTE DUARTE, Jakeline. Ambientes de aprendizaje, una aproximación conceptual. Una noción diversa y compleja. Universidad de Antioquia, Colombia. p. 2. [PDF en línea] Disponible en: <<http://www.rieoei.org/deloslectores/524Duarte.PDF>> [citado el 16 de marzo de 2013].

donde resaltaron la receptividad, el buen trato y la disposición durante las terapias realizadas<sup>298</sup>.

La receptividad es definida por la RAE como “la capacidad de una persona para recibir estímulos exteriores”<sup>299</sup>, para este caso, de conectarse con la terapia de la risa y ser partícipe de ella, de involucrarse con los voluntarios y responder satisfactoriamente a las actividades propuestas. En la observación no sólo se dio esto en los niños, en los otros actores también fue visible: “Se evidenció una recepción positiva de la terapia por parte de los padres, pacientes y personal de salud”. Además, durante toda la terapia las palabras de afecto primaron y hubo una relación cercana de los voluntarios con los niños y sus padres<sup>300</sup>.

Desde estas perspectivas queda clara la importancia que tiene la calidad de las experiencias en la construcción de los imaginarios en la mente de cada uno de los actores que convergen en este ambiente. Experiencias centradas en lo vivido en las terapias de la risa realizadas por los voluntarios de la Fundación Corazón en Parches, además de aquellas que a diario se dan en la relación entre los padres, los niños y el personal de salud del Hospital Universitario de Santander.

A partir de cada una de las categorías anteriormente mencionadas, se reconoció el papel fundamental que juega la comunicación desde sus diferentes formas de expresarla. Ella es –sin duda- la herramienta clave que determina si una experiencia es positiva o negativa, y en consecuencia se convierte en la principal generadora de imaginarios, estereotipos y representaciones sociales. En este contexto apareció la risa como un elemento integrador en el proceso que complementa y apoya las relaciones entre los actores que ya se han mencionado.

Queda claro entonces, que a pesar de existir un ambiente positivo en el Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander, se hace necesario reforzar

---

<sup>298</sup> MÉTODO DE OBSERVACIÓN. Durante de la terapia en el Hospital Universitario de Santander (HUS). Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 24].

<sup>299</sup> REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Banco de datos (CORDE) [en línea]. Disponible en: <www.rae.es> [citado el 16 de marzo de 2013].

<sup>300</sup> MÉTODO DE OBSERVACIÓN. Durante de la terapia en el Hospital Universitario de Santander (HUS). Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 24].

las relaciones interpersonales que se crean entre los actores para que la comunicación no sea sólo de manera unidireccional, sino, que exista la posibilidad de retroalimentación a partir de los mensajes transmitidos. Esta retroalimentación permite que cada actor conozca las diferentes perspectivas que se tienen sobre él y –a partir de ellas- logre ser un generador de cambio a favor del ambiente que se vive en el HUS.

### **2.3 LOS RUMORES COMO ELEMENTOS QUE PUEDEN DISTORSIONAR LA REALIDAD**

Los imaginarios no solo se construyen a partir de las experiencias. Existen otros factores que constituyen una parte fundamental en la construcción de éstos en la mente de los actores involucrados en un ambiente. Los rumores no son ajenos a esta situación, pues juegan un papel fundamental al momento de adjetivarlos como positivos o negativos.

El concepto más básico de rumor es el de “ruido confuso de voces”<sup>301</sup> y aunque es sencillo y corto, logra dar una primera mirada a esta palabra que resulta un factor valioso en el desarrollo de esta investigación. Cuando se habla de confusión, se habla de varias ideas, versiones y de ausencia de claridad. Y esa variedad de significaciones genera diversos pensamientos, que con el paso del tiempo, construyen imaginarios en la mente de los individuos.

Al adentrarse en el concepto de rumor se pueden identificar versiones más amplias y completas que permiten tener una mayor claridad sobre el: “Los rumores recorren toda la sociedad y marcan la realidad social. Por ellos y en su entorno se crean grupos que los transmiten, regeneran y modifican, llenan los vacíos de la comunicación, aseguran la cohesión social, el límite hacia los otros y hacia el

---

<sup>301</sup> REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Banco de datos (CORDE) [en línea]. Disponible en: <[www.rae.es](http://www.rae.es)> [citado el 14 de marzo de 2013].



poder, y le asignan un sentido a lo desconocido, a lo incomprensible y a lo misterioso”<sup>302</sup>.

El Pabellón de Pediatría del HUS se encuentra inmerso en variados rumores, que fueron manifestados y evidenciados durante la investigación. Todos los actores que allí convergen crean y transmiten ciertos rumores, que en últimas se convierten en imaginarios. La falta de comunicación –como se mencionó anteriormente- constituye un causal de estos, ya que la ausencia de un mensaje claro y retroalimentado –en ocasiones- genera diversas versiones y confusiones. Además, “los rumores son difíciles de apagar o evitar. Su vida por lo general es efímera, llaman la atención, se esparcen como reguero de pólvora y se agotan prontamente - salvo que sean regenerados - porque su objeto mismo es la imperiosa actualidad”<sup>303</sup>.

Se ha hablado del concepto de rumor desde una mirada general, pero desde un punto de vista psicológico también existen concepciones que ayudan a identificar lo que el abarca y lo que implica su existencia en un ambiente social. “Las primeras definiciones como la de Knapp<sup>304</sup>, describieron al rumor como una noticia no controlada, que se suele propagar oralmente y que consiste en la repetición entre diferentes personas de algo realmente sucedido”.

Teniendo como base lo anterior, en las entrevistas realizadas a los voluntarios de la Fundación Corazón en Parches, se pudieron evidenciar diferentes concepciones frente al personal de salud del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander, HUS. Hubo coincidencias que demarcaron comentarios negativos frente al cuerpo médico, y que se constituyeron en rumor cuando se contrastaron con otras opiniones dadas al respecto por los voluntarios, las cuales finalmente se concretaron en un imaginario: “Hay veces que tienen la disposición (refiriéndose al personal de salud), hay veces que no. Yo diría que generalmente no porque

---

<sup>302</sup> RITTER, Michael. El rumor: un análisis epistemológico. p. 2. [PDF en línea] Disponible en: <[http://ritterandpartners.median-webstudio.de/es/documentos/El\\_rumor\\_Un\\_analisis\\_epistemolgico.pdf](http://ritterandpartners.median-webstudio.de/es/documentos/El_rumor_Un_analisis_epistemolgico.pdf)> [citado el 14 de marzo de 2013].

<sup>303</sup> RITTER. Op. cit., p. 2.

<sup>304</sup> Ibid., p. 2.

están muy ocupados, y entran a hacer lo suyo. Hay también personas muy toscas y hay personas que son un poco más receptivas, pero igual mantienen la distancia, y hay algunos casos raros en donde se integran muchísimo”<sup>305</sup>.

Comentarios como el anterior, constituyeron una idea poco positiva frente al personal de salud, pero se convirtió en rumor cuando se descubrieron otras perspectivas por parte de otros integrantes de la fundación: “Hay veces que llegan las enfermeras, hablan con la mamá y hablan con el niño y a la vez interactúan con nosotros. En algunas ocasiones interactuamos con las enfermeras. Ellas generalmente lo toman bien y nos siguen la corriente”<sup>306</sup>. Estas dos versiones denotan ciertos rumores que se forman alrededor del personal de salud y que son influenciados también a partir de las experiencias individuales de los voluntarios.

Knapp<sup>307</sup> también agregó varios aportes interesantes al concepto y a todo lo que se genera alrededor del rumor. Él le atribuyó tres características generales.

- El rumor es una forma de comunicación que utiliza el canal de boca a oreja, medio temporario que se opone particularmente a la permanencia de lo escrito. Se trata pues, de una comunicación oral y personal.
- Aporta un contenido informativo sobre un individuo o acontecimiento.
- Expresa y, al mismo tiempo, satisface las necesidades emocionales de los individuos.

A partir de esto queda claro el papel que juega el componente comunicativo en la construcción de los rumores, en este caso, en el ambiente del Pabellón de Pediatría del HUS. Aunque es importante destacar que no se genera una comunicación real y óptima que verifique y valide cada uno de estos comentarios, pues como afirma el autor, se transmiten de manera informal y oral, y se centran – básicamente- en las emociones que se generaron en cada individuo.

---

<sup>305</sup> ENTREVISTA con Juan Pablo Gómez. Op. cit., [Ver anexo 9].

<sup>306</sup> ENTREVISTA con Juan Manuel Espinosa. Op. cit., [Ver anexo 10].

<sup>307</sup> SALAZAR. Op. cit., p. 9.

Por su parte, Allport y Postman<sup>308</sup> (1945) también aportaron a la construcción de este término. Ellos –en primera instancia- definieron al rumor “como una afirmación general que se presenta como verdadera, sin que existan los datos concretos que permitan verificar su exactitud”. Esta idea se ajusta a los comentarios anteriores y también a la definición dada por Knapp, ya que los entrevistados manifestaron sus percepciones de manera amplia y sin mayores datos exactos que permitieran evidenciar con claridad lo expuesto en sus declaraciones.

Estos autores también señalaron que el rumor se constituye como una proposición específica a ser creída y que se origina en las necesidades, los impulsos e intereses del individuo. Para ellos “la circulación de rumores es siempre un problema social y psicológico de gran magnitud. Especialmente en momentos críticos (...)”<sup>309</sup>.

Desde estas perspectivas se logra identificar al rumor, como ya se mencionó anteriormente, en un espectro comunicativo y de transmisión de información, de datos y de percepciones. Por esto, “constituye evidentemente un fenómeno colectivo; su trasmisión moviliza una red de comunicaciones muy compleja y las transformaciones que sufren son los efectos de procesos cognitivos que se dan, en primer lugar, en las relaciones sociales”<sup>310</sup>. Y precisamente al ser colectivos producen los imaginarios en cada uno de los actores de este ambiente estudiado, gracias a la proliferación de los comentarios que ellos emiten en su accionar.

Esas relaciones sociales sirven de escenario para transmitir ese tipo de informaciones que, aunque no se corroboran, sí producen comentarios e ideas acerca de algo o alguien. Por ejemplo, uno de los entrevistados manifestó: “Hace unos días escuché un relato de un médico que trabaja acá que no sabe que yo hago *clown* y empezó a contarme la historia de unos pacientes en pediatría que recibían payasos los sábados y los domingos. Me contó cómo fue la experiencia

---

<sup>308</sup> SALAZAR. Op. cit., p. 8.

<sup>309</sup> RITTER. Op. cit., p. 9.

<sup>310</sup> SALAZAR. Op. cit., p. 104.

de ese niño y me conmovió mucho que dijera que los payasos del sábado le gustaban más porque se preocupaban más por ellos, por los pacientes”<sup>311</sup>. Expresiones como éstas, precisamente dieron muestra de esas percepciones e imaginarios que se crearon a través de los rumores entre los diferentes actores involucrados.

La transmisión de los rumores –como ya se señaló- constituye la formación de imaginarios que los individuos manifiestan y representan en diferentes factores y acciones. A partir de estos se conforman distintas percepciones frente a cada uno de los actores y frente a la terapia de la risa realizada en el HUS por parte de los voluntarios de la Fundación Corazón en Parches.

A través de esta terapia y de los comentarios escuchados, los voluntarios crearon diferentes imaginarios que les permitieron validar los beneficios que traen la terapia y las distintas actividades que allí se realizan. En primer lugar apareció el agrado frente a la misma, que ellos vieron expresado a través del comportamiento de los menores y los comentarios de algunos padres o familiares. Uno de los voluntarios expresó al respecto: “La verdad no he escuchado malos comentarios de los niños, al contrario, les gusta mucho, nos dicen que no nos vayamos, nos preguntan si regresaremos”<sup>312</sup>.

La Real Academia Española define el agrado como “complacencia o voluntad de gusto”<sup>313</sup>. En este caso, gusto por las diferentes actividades que desarrollan semanalmente los voluntarios de la fundación en el Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander, y que se ve representado en los rumores que manifestaron algunos familiares: “Es algo muy chévere para ellos (refiriéndose a los niños) porque si no estuvieran ellos se mantendrían muy aburridos acá, sin ninguna actividad o diversión que los distraiga o entretenga”<sup>314</sup>. Estas expresiones constituyeron, por medio del rumor, un imaginario de agrado frente a la terapia de

---

<sup>311</sup> ENTREVISTA con Julián Vargas. Op. cit., [Ver anexo No. 11].

<sup>312</sup> ENTREVISTA Con Juan Pablo Gómez. Op. cit., [Ver anexo No. 9].

<sup>313</sup> REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Banco de datos (CORDE) [en línea]. Disponible en: <www.rae.es> [citado el 20 de abril de 2013].

<sup>314</sup> ENTREVISTA con familiar de paciente hospitalizado en el Hospital Universitario de Santander. Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 18].

la risa, el cual se produce cuando a un individuo algo le genera una buena impresión<sup>315</sup>. Ese agrado frente a la terapia realizada por los voluntarios de la Fundación Corazón en Parches, también desencadenó otro tipo de factores que se manifestaron por medio de los rumores generados en el Pabellón de Pediatría. Rumores que se centraron básicamente en los beneficios que trae la risa al proceso de recuperación de los niños hospitalizados y que fueron señalados en las entrevistas dadas por los padres y/o familiares: “Pues yo creo que eso (refiriéndose a la terapia de la risa) les ayuda mucho porque si uno tiene un buen ánimo, tiene disposición para luchar por la enfermedad que uno tiene. Pero si uno está deprimido no. En cambio ellos cuando vienen los llenan de alegría, ellos se quedan con la ilusión de que los van a volver a ver”<sup>316</sup>.

Ese tipo de manifestaciones fueron transmitidas de manera verbal a los voluntarios, hecho que logró consolidar el rumor en un imaginario positivo frente a la terapia en varios de los actores involucrados, como lo manifestó uno de los jóvenes perteneciente a la fundación, quien expresó uno de los comentarios que recibió por parte de un padre de familia: “Hay casos en que llegan y te dicen: <Él estuvo toda la semana triste, tuvo un procedimiento muy duro y hoy que ustedes llegaron, apenas ingresaron el sonrío>. Entonces es algo muy bonito. A los niños les gusta mucho”<sup>317</sup>.

Cuando se menciona la palabra beneficio, se habla de “todo aquello que es bueno o resulta positivo para quien lo da o para quien lo recibe (...). La cuestión enmarca una utilidad la cual trae consecuencias positivas que mejoran la situación en la que se plantean las vicisitudes o problemas a superar”<sup>318</sup>. Para este caso, se evidenció un beneficio mutuo, especialmente entre los voluntarios y los niños que semanalmente participan de la terapia de la risa. Esto se identificó en los comentarios dados por los actores, los cuales reconocieron no solo la receptividad

---

<sup>315</sup> Disponible en: <<http://es.thefreedictionary.com/agrado>> [citado el 8 de abril de 2013].

<sup>316</sup> ENTREVISTA con Gladys Ester Caro. Op. cit., [Ver anexo No. 15].

<sup>317</sup> ENTREVISTA con Omar Camargo. Op. cit., [Ver anexo No. 12].

<sup>318</sup> Disponible en: <<http://conceptodefinicion.de/beneficio/>> [citado el 8 de abril de 2013].

y el agrado que se genera frente a la terapia, sino también, los beneficios que esta trae para el niño y su proceso de recuperación.

Y es que la risa trae múltiples beneficios para la salud, que son identificados incluso por los especialistas y por los médicos. El cirujano Fernando Quintero manifestó en la edición virtual del diario La Patria parte de los beneficios que, actividades como la terapia de la risa, traen a la salud de las personas: “El ser humano siempre se alivia con todo lo que le produce alegría y se enferma con todo lo que le produce angustia. La risa constituye una terapia de relajación que involucra a casi todos los sistemas que tiene el cuerpo”<sup>319</sup>. Entonces, esta se contempla como método capaz de reducir la depresión, el estrés y la angustia<sup>320</sup>, factores que están latentes en personas que se encuentran hospitalizadas, en este caso, niños con diferentes tipos de cáncer que están internados en el Pabellón de Pediatría del HUS.

Estos beneficios y la disposición de los voluntarios en sus terapias hacen que a diario reciban buenos comentarios por parte de los padres y/o familiares. Comentarios que pudieron considerarse rumores, pero que lograron solidificarse gracias a que se construyeron en una colectividad que los validó y los transmitió a los demás actores involucrados. Dichos comentarios se centraron básicamente en el agradecimiento y reconocimiento que ellos le dan a la terapia de la risa y a la labor de los jóvenes: “Los papás nos dan las gracias por la labor que estamos llevando a cabo, nos bendicen y nos dicen que lo que nosotros hacemos es algo que muy pocas personas hacen, que deben ser personas de gran corazón las que lo hacen”<sup>321</sup>.

El agradecimiento puede ubicarse como un sinónimo de gratitud, siendo considerado entonces como “un sentimiento que experimenta una persona al

---

<sup>319</sup> CASTRO, Maily. La terapia de la risa, un estímulo que genera bienestar. Disponible en: <<http://www.lapatria.com/nacional/la-terapia-de-la-risa-un-estimulo-que-genera-bienestar-27669>> [citado el 8 de abril de 2013].

<sup>320</sup> CASTRO. Op. cit., Disponible en: <<http://www.lapatria.com/nacional/la-terapia-de-la-risa-un-estimulo-que-genera-bienestar-27669>>

<sup>321</sup> ENTREVISTA con Omar Camargo. Op. cit., [Ver anexo No. 12].

estimar un favor o beneficio que alguien le ha concedido”<sup>322</sup>. A este se une el concepto de reconocimiento, el cual es definido “como el valor de ser justo con otros y con nosotros mismos para atribuirle los logros y fallas que se merece”<sup>323</sup>.

Estos dos conceptos encajan en los imaginarios que se han formado en la mente de los actores involucrados a través de los rumores que rodean el ambiente en el que se desenvuelven. Principalmente, los padres y/o familiares y los voluntarios – como se ha mostrado- coincidieron en el reconocimiento mutuo de la terapia de la risa y como esta se convierte en un apoyo en el proceso de recuperación de los menores. Aunque dichos rumores han sido transmitidos de manera verbal, logran consolidarse y validarse gracias a su transmisión y a los aspectos en común que se identifican en cada una de las opiniones dadas a través de las entrevistas.

Hasta este punto se ha hablado de los rumores que generan imaginarios positivos en las personas que convergen en el Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander. Pero no se pueden dejar de lado, aquellos que construyen ideas negativas frente a ellos y frente a las situaciones que se viven allí.

Durante la investigación se identificaron rumores que generaron imaginarios centrados principalmente en el miedo y en la actitud distante existente entre el personal de salud con voluntarios, pacientes y padres de familia. El primer elemento se ubicó básicamente en los niños, quienes a través de sus diferentes experiencias han creado mecanismos de defensa frente a la figura de los integrantes del personal de salud o de los *clowns*, es decir, de los voluntarios que realizan la terapia de la risa.

Anteriormente ya se había definido el miedo, gracias a los aportes del filósofo Aristóteles quien lo contempló como la espera de un mal<sup>324</sup>. Para esta parte se identificó el miedo desde las perspectivas de los niños hospitalizados en el HUS,

---

<sup>322</sup> Disponible en: <<http://definicion.de/gratitud/>> [citado el 8 de abril de 2013].

<sup>323</sup> Disponible en: <<http://www.kathegiraldo.com/reconocimiento/>> [citado el 8 de abril de 2013].

<sup>324</sup> GARCÍA. Op. cit., p. 81.

el cual se reconoció gracias a los rumores y comentarios expresados por los voluntarios de la fundación, principalmente.

Muchos de los miedos que se crean en los niños “se ven inducidos por el ambiente externo y otros están fundados en experiencias negativas en casa o fuera de ella”<sup>325</sup>. Es claro, que el ambiente en el cual se desenvuelven estos pequeños es muy complejo debido a la multiplicidad de situaciones a las que son sometidos por su estado de salud. Ellos tienen que afrontar diariamente hechos que marcan su vida y que, sin duda, dejan un imaginario centrado en el miedo hacia los hospitales, los procedimientos médicos y los integrantes del personal de salud.

Francisco Xavier Méndez<sup>326</sup>, catedrático de Psicología de la Universidad de Murcia, asegura en su libro ‘Miedos y temores en la infancia’, que “el miedo es el guardaespaldas del niño y no debe constituir motivo de preocupación siempre que no sea desproporcionado o la intensidad de la respuesta le produzca malestar físico o emocional”. En algunos de los miedos que se producen en los niños del HUS, se lograron identificar las raíces y las causas de los mismos, pero en otros estas se construyeron a partir de suposiciones y rumores que se diseñaron basados en lo que se observa en el ambiente.

Parte de los voluntarios manifestaron que los niños presentan cierto miedo hacia el personal de salud, miedo que es influenciado por diferentes aspectos tanto materiales como conceptuales: “Para los niño es muy incómodo o les genera un poco de miedo cuando llega el doctor, porque ellos tienen una serie de traumas- que de pronto los vayan a dejar solos, o les vayan a hacer un proceso que les vaya a causar dolor- entonces, apenas llega el médico o la enfermera cambia el ambiente o el ánimo del niño se torna un poco tenso”<sup>327</sup>. Estos rumores logran consolidarse un poco más cuando los voluntarios construyen una relación cercana con los pequeños y a través de ella identifican el porqué de estos miedos y

---

<sup>325</sup> Disponible en: <<http://www.guiainfantil.com/libros/miedo.htm>> [citado el 8 de abril de 2013].

<sup>326</sup> Disponible en: <<http://www.guiainfantil.com/libros/miedo.htm>> [citado el 8 de abril de 2013].

<sup>327</sup> ENTREVISTA con Omar Camargo. Op. cit., [Ver anexo No. 12].



temores. Esta relación, basada en un proceso comunicativo, solidifica a un más los imaginarios que se crean en la mente de los menores por medio de sus experiencias en el hospital.

Cabe resaltar, como señala Méndez, que “los miedos evolutivos son saludables porque brindan la posibilidad de aprender a enfrentarse a situaciones difíciles y estresantes con las que ineludiblemente el niño se encontrará en su vida. Pero, alrededor del 5% de los miedos infantiles son tan intensos que constituyen una fuente de sufrimiento”<sup>328</sup>. Fuente de sufrimiento que debe ser controlada y mediada por los padres y familiares, pues de no ser así, se constituirán imaginarios y experiencias cargadas de traumas y elementos perjudiciales para su desenvolvimiento.

Por su parte los voluntarios de la Fundación Corazón en Parches junto con la terapia de la risa, luchan por disminuir estos temores: “Cuando nosotros estamos ahí y llega alguien del personal médico, tratamos de romper ese hielo, de romper ese miedo. Buscamos ideas para tratar que el niño, en ese momento sobre todo, pierda el miedo y se sienta un poco más cómodo. Incluso eso va a ayudar a que el procedimiento no sea tan doloroso para él y para los papás, sobre todo porque ellos se tornan tensos también al ver que su hijo está ahí, tiene miedo y que quizás le va a doler. Los papás, al igual que los niños, sienten miedo, y al ver que sus hijos están un poco relajados, ellos también cambian totalmente el ánimo”<sup>329</sup>.

Y es que es casi inevitable que los pequeños no sientan este tipo de miedos, pero de lo que se trata es de lograr minimizarlos y hacerles menos traumáticas esas experiencias, como sostiene uno de los voluntarios: “Algunos niños se tensionan o se ponen nerviosos porque piensan que les van a hacer algo, que les va a doler. Pero ahí es donde entra el *clown* a aliviar ese miedo de los niños”<sup>330</sup>.

---

<sup>328</sup> Op. cit., Disponible en: <<http://www.guiainfantil.com/libros/miedo.htm>>

<sup>329</sup> ENTREVISTA con Omar Camargo. Op. cit., [Ver anexo No. 12].

<sup>330</sup> ENTREVISTA con practicante de enfermería del Hospital Universitario de Santander. Op. cit., [Ver anexo No. 5].

Pero los rumores no sólo se centraron en estas categorías. Una actitud distante se convirtió en el foco de algunas apreciaciones dadas por los entrevistados que coincidieron en imaginarios negativos frente al personal de salud, especialmente. Para Allport<sup>331</sup> (1935), la actitud es “un estado mental y neurológico de atención, organizado a través de la experiencia, y capaz de ejercer una influencia directa o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos o situaciones con las que está relacionado”. Y es aquí donde se da muestra de que esas experiencias son la base del nacimiento de los rumores, rumores que posteriormente se convierten en imaginarios y que se representan en actitudes –a favor o en contra de otros individuos u otras situaciones.

Las actitudes en las personas representan ciertos comportamientos moldeados acorde a lo que deben ser dentro de un determinado contexto. Es por esto, que en ocasiones se evidenció que el personal de salud no se involucró en ningún momento en el desarrollo de la terapia, sino que se limitó a realizar su labor sin crear ningún vínculo con los otros actores presentes en ese escenario.

Por esta razón:

“Resulta necesario entender que las actitudes involucran lo que las personas piensan, sienten, así como el modo en que a ellas les gustaría comportarse en relación a un objeto actitudinal. La conducta no se encuentra solo determinada por lo que a las personas les gustaría hacer, sino también, por lo que piensan que deben hacer, sea, normas sociales, por lo que ellas generalmente han hecho, es decir, hábitos y por las consecuencias esperadas de su conducta”<sup>332</sup>.

Esta apreciación se ajusta a varios comentarios dados por los voluntarios, donde se dio muestra del poco contacto que se da entre el personal de salud con ellos, puesto que los primeros se ajustan a ciertas normas de compartimiento y parámetros que consideran no deben trasgredir: “Cuando un *clown* entra a una habitación y hay una enfermera se trata de involucrar en la terapia, pero como el foco de atención es el paciente, algunas veces sólo se involucra rápidamente y ya.

---

<sup>331</sup> SALAZAR. Op. cit., p. 229.

<sup>332</sup> Ibid., p. 334.

Ellas tampoco se involucran mucho con nosotros o con los pacientes en la terapia, a veces les da pena o solo entran a lo que tienen que hacer y vuelven a salir”<sup>333</sup>.

La anterior declaración cobró mayor validez al compararse con lo identificado en el método de observación. Por medio de este se pudo identificar que el personal de salud siguió con sus labores sin interrumpir la terapia y mostró muy poco interés en el desarrollo de la misma<sup>334</sup>. Además, las enfermeras se refirieron muy poco a los voluntarios de la Fundación Corazón en Parches y no hubo una relación directa, ya que ellas estuvieron reacias a participar de la terapia de la risa o a entablar una comunicación con los voluntarios de la fundación. Entonces, se pudo evidenciar que la actitud de las enfermas con los *clowns* tiende a ser más negativa que positiva<sup>335</sup>.

De igual forma a veces se presentaron gestos de molestia o incomodidad al sentir que las personas de la fundación estuvieran obstruyendo el pasillo o interfiriendo con las actividades de rutina del personal de salud, según lo visualizado por medio del método de observación<sup>336</sup>.

Por su parte, las actitudes de los padres y familiares frente al personal de salud se mostraron distantes, allí se identificaron ciertos roles y una jerarquía de autoridad que se manifestó sobre personal. Expresiones como “yo lo llamo doctor o enfermera”<sup>337</sup>, mostraron elementos coincidentes en varias de las declaraciones dadas por estos actores, donde a pesar de tener un contacto constante con el personal de salud, siempre se manifestaron a través de un lenguaje distante que demarcó el rol de cada uno. “Es adecuado concebir las actitudes de una persona como su principal instrumento para enfrentarse a la realidad”<sup>338</sup>, realidad difícil de

---

<sup>333</sup> ENTREVISTA con José Fernando Tovar. Op. cit., [Ver anexo No. 13].

<sup>334</sup> MÉTODO DE OBSERVACIÓN. Durante de la terapia en el Hospital Universitario de Santander (HUS), Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 24].

<sup>335</sup> MÉTODO DE OBSERVACIÓN. Durante de la terapia en el Hospital Universitario de Santander (HUS), Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 24].

<sup>336</sup> MÉTODO DE OBSERVACIÓN. Durante de la terapia en el Hospital Universitario de Santander (HUS), Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 24].

<sup>337</sup> ENTREVISTA con familiar de un paciente. [Ver anexo No. 17].

<sup>338</sup> SALAZAR. Op. cit., p. 342.

manejar no sólo para los niños, sino también para los padres, quienes se ven inmersos en un contexto complejo y difícil de afrontar.

La actitud distante mencionada anteriormente se vio envuelta en una categoría que se centra en la autoridad, es decir, en ese respeto que promulgan los padres y familiares cuando se dirigen y están en contacto con alguien del personal de salud del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander. Si se remite a la Real Academia Española se pueden encontrar varios significados de autoridad, pero uno de los que más se ajusta a la categoría aquí manejada es el que la define como el “prestigio y crédito que se reconoce a una persona o institución por su legitimidad o por su calidad y competencia en alguna materia”<sup>339</sup>. En este caso, es claro ese respeto que promulgan muchos de los padres frente al personal de salud, debido a esa imagen de especialista en una materia que –para la mayoría de ellos- es desconocida y ajena: la medicina.

Es claro que estas categorías –el miedo, la distancia y la autoridad- desencadenan un proceso comunicativo limitado entre los actores, situación que en la actualidad se plantea como una problemática en este contexto. Sin duda, la comunicación y la salud cada vez están más ligadas y, aunque para muchos pueden parecer ajenas, es fundamental contemplar estos elementos como agentes interdependientes que se apoyan mutuamente para el óptimo desarrollo de los procesos que se generan en el campo de la salud.

Para algunos especialistas en la materia existen rumores frente a esta situación y a partir de ellos surgió una categoría que también llamó la atención en esta investigación. El desinterés por el desarrollo y el fortalecimiento de las competencias comunicativas es considerado como uno de los motivos de la falta de una relación cercana y humanizada en algunos ambientes hospitalarios. Una educación centrada solo en el campo médico y una mentalidad errada sobre la comunicación constituyen parte de la base de estas causas que son reconocidas

---

<sup>339</sup> REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Banco de datos (CORDE) [en línea]. Disponible en: <[www.rae.es](http://www.rae.es)> [citado el 20 de abril de 2013] .

por uno de los docentes entrevistados: “Yo estudio para ser médico y ser el mejor en lo que hago: saberme todos los medicamentos, conocer todas las enfermedades, todas las partes del cuerpo. Pero ¿para qué voy a aprender cómo comunicarme y como tratar a los pacientes? Al fin y al cabo lo que me va a dar plata es la medicina y no la comunicación. Es algo así, desde lo que yo he podido percibir. Sé que hay algunos maestros que sí les hablan del trato que deben tener con los pacientes, pero eso es como por añadidura y no porque se exija como tal”<sup>340</sup>.

El concepto de desinterés de manera básica “es la falta de interés material al hacer una cosa”<sup>341</sup>. Pero si se ahonda más en el, se logra identificar que está asociado con la apatía que es definida como “la desidia, el desgano, la indiferencia y la falta de fuerza. Se trata, en otras palabras, del estado de ánimo impasible que se refleja en la ausencia de ganas o entusiasmo”<sup>342</sup>. Situación que se registró en el método de observación, donde la falta de comunicación e interacción entre el personal de salud y los voluntarios de la fundación fue evidente y llamó la atención durante el desarrollo de la investigación<sup>343</sup>.

Al exponer lo anterior se pretende enfocarlo desde la perspectiva en que algunos docentes y comunicadores relacionaron la comunicación con la salud, donde sus expresiones estuvieron centradas en la ausencia de interés de los profesionales de este campo por la comunicación y su implementación en su labor diaria con los pacientes. El comunicador de La Foscal de Floridablanca, dio apreciaciones importantes que reflejan uno de los puntos críticos del personal de salud en este sentido: “Las debilidades que tiene el personal médico están directamente relacionadas con el poco tiempo con el que cuentan por la dinámica de la profesión, por el poco interés que ello pueda despertarles porque son gente

---

<sup>340</sup> ENTREVISTA con Jimmy Fortuna Vargas, docente de medicina de la Universidad de Santander. Bucaramanga, 28 de septiembre de 2012. [Ver anexo No. 22].

<sup>341</sup> Disponible en: <http://es.thefreedictionary.com/desinter%C3%A9s> [citado el 20 de abril de 2013]

<sup>342</sup> Disponible en: <http://definicion.de/apatia/> [citado el 20 de abril de 2013].

<sup>343</sup> MÉTODO DE OBSERVACIÓN. Antes de la terapia en el Hospital Universitario de Santander (HUS). Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 23].

demasiado ocupada”<sup>344</sup>. Poco tiempo que les impide reconocer la importancia de la comunicación en el desarrollo de sus actividades, pues este contexto les exigen un contacto constante y directo con personas que –en su mayoría- se encuentran en situaciones complejas y no buscan solo un diagnóstico y un tratamiento, sino también, un apoyo de la mano de estos profesionales.

Cada una de las categorías mencionadas anteriormente se constituyó a partir de rumores que fueron transmitidos por los individuos que a diario conviven y se relacionan en el Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander, HUS. Estos finalmente se convirtieron en imaginarios en la mente de cada uno de ellos y hoy son retransmitidos como una idea válida y reconocida.

Los rumores –como se ha mencionado- son una forma de comunicación que pueden generar efectos colaterales por la multiplicidad de interpretaciones que hacen las personas de la realidad a partir de sus experiencias y recuerdos. Es claro que si el rumor solo se ve como una información no confirmada y sin mayor trascendencia puede generar confusiones en un ambiente determinado. Una información mal manejada produce conflictos e ideas erradas sobre individuos y situaciones, y es precisamente ahí donde la comunicación debe hacer valer su verdadero propósito: transmitir una información clara y objetiva. Por esto, aquí también aparece la idea de retroalimentación como un mecanismo efectivo y participativo que permita mediar en los conflictos que se puedan presentar en diferentes escenarios, en este caso en el HUS. Los rumores no deben pasar a ser imaginarios si no han sido confirmados, se necesita que sean validados por un colectivo que los reconozca y tenga claro por qué son parte de su concepto frente a una persona, un hecho o un lugar. Un rumor no debe distorsionar la realidad.

---

<sup>344</sup> ENTREVISTA con Fernando Gómez, Jefe del Departamento de Comunicaciones de la Foscál. Floridablanca, 26 de septiembre de 2012. [Ver anexo No. 21].

## 2.4 ESTEREOTIPOS Y CALIFICATIVOS, UNA REPRESENTACIÓN VERBAL DEL IMAGINARIO

Aunque ya se ha hablado de los estereotipos, en esta parte se abordan desde la perspectiva de los calificativos que surgen y se transmiten en el Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander, HUS. Calificativos que son asociados –principalmente- a los voluntarios de la Fundación Corazón en Parches.

Tanto los estereotipos como los calificativos, constituyen un eslabón más en la formación de imaginarios en la mente de los actores involucrados del ambiente estudiado. En primera instancia y como indicador general de la formación de estos, se mencionaron las experiencias positivas y negativas vividas por los individuos inmersos en la investigación. Posteriormente se ahondó en los rumores que a diario se forman en dicho ambiente y también apoyan la construcción de imaginarios. Entonces, desde esta perspectiva deductiva, aquí se desarrolla el indicador de estereotipos y calificativos, que en definitiva constituyen la imagen más visible y transmitida de los imaginarios existentes en la mente de cada uno de los actores.

“El estereotipo puede ser definido como un conjunto de rasgos que supuestamente caracterizan o tipifican a un grupo, en su aspecto físico y mental, y en su comportamiento”<sup>345</sup>. Y son precisamente los comportamientos los que dan cabida –en este caso- a ideas poco positivas frente a los padres y familiares. Comentarios como “falta de cultura por parte de ellos (refiriéndose a los padres y familiares) cuando se les llama la atención por algo”<sup>346</sup>, fueron expresados por algunos integrantes del personal de salud quienes manifestaron, en algunos casos, que a los padres y familiares les falta educación. A este comentario se le suma otro que también alimenta y apoya esta percepción: “Cuando se les llama la atención por el desorden que está en la mesa, entonces dicen que uno no los

---

<sup>345</sup> Los estereotipos. p. 259. [PDF en línea] Disponible en: <<http://ecaths1.s3.amazonaws.com/antropologiavis/Los.estereotipos.445371908.pdf>> [citado el 18 de abril de 2013].

<sup>346</sup> ENTREVISTA con jefe enfermera del Hospital Universitario de Santander. Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 2].

quiere dejar hacer cosas”<sup>347</sup>. Y a partir de esas restricciones se generaron calificativos hacia el personal de salud que ellos mismos afirmaron haber escuchado: “Con cierta jefe dicen, “¡Huy! esa jefe es muy odiosa”<sup>348</sup>. Aunque estas palabras puedan parecer simples, sin mayor trascendencia y “el que utiliza un estereotipo a menudo piensa que procede a una simple descripción”<sup>349</sup>, es claro que está ayudando a formar una realidad que puede llegar a ser malinterpretada. Una realidad que transmite con comentarios como los anteriores y que crea una imagen negativa de los padres frente a otros actores que participen del ambiente.

Pero en este indicador existe un punto clave e interesante en el desarrollo de la investigación: el calificativo peyorativo que –en ocasiones- utilizan para referirse a los voluntarios de la Fundación Corazón en Parches. Aunque payaso reúne las características del personaje que ellos representan semanalmente en el HUS, en ciertos momentos los otros actores lo mencionan de una forma poco amable y más bien burlesca. Esta situación se pudo evidenciar, principalmente, por medio del método de observación, pero en las entrevistas siempre esta palabra fue la constante cuando se referían a los voluntarios.

Un payaso es contemplado como “un personaje estereotípico representado comúnmente con vestimentas extravagantes, maquillaje excesivo y pelucas llamativas. Generalmente se le asocia con un artista de circo, cuya función es hacer reír a la gente, hacer bromas, hacer piruetas y en ocasiones trucos divertidos”<sup>350</sup>. Hasta aquí la definición se da de una manera positiva relacionada principalmente con su aspecto físico y algunas de sus funciones. Pero en ocasiones la palabra payaso no solo se le otorga a este tipo de personajes, sino que también, adquiere una connotación peyorativa para definir a otros individuos

---

<sup>347</sup> ENTREVISTA con enfermera auxiliar del Hospital Universitario de Santander. Op. cit., [Ver anexo No. 4].

<sup>348</sup> Ibid., [Ver anexo No. 4].

<sup>349</sup> Los estereotipos. Op. cit., p. 259.

<sup>350</sup> ROSER, Almansa. La risa de la fortuna. Disponible en: <larisadefortuna.blogspot.com/2012/07/llevas-minutos-leyendo-este-mensaje\_8171.html> [citado el 18 de abril de 2013].



cuando se consideran que están haciendo el ridículo o protagonizan ciertas escenas que generan críticas.

“Cuando se quiere denigrar a alguien se ha dado por denominarlo payaso. Se utiliza este vocablo como un término peyorativo en referencia a una persona que dice o hace algo de manera incorrecta. En política se ha hecho costumbre llamar así a quienes asumen posturas de líderes sin serlo, aquellos que no tienen poder de decisión en temas importantes pero que aparentan tenerlo, esos que aparecen en la palestra pública pretendiendo ser eruditos y providenciales cuando son lo contrario. De ahí el reproche proverbial de <no hablo con los payasos sino con el dueño del circo>”<sup>351</sup>.

Tal vez por esta razón estos personajes han optado por llamarse *clown*, que significa payaso en inglés, pero que logra darle un mejor estatus y una referencia más positiva. Una referencia que resalta sus verdaderas características y cualidades porque para “ser payaso se requiere de un gran sentido del humor e importantes dotes artísticas”<sup>352</sup>.

En el caso de estudio, que presenta un contexto bastante complejo, se creó una imagen distorsionada de los payasos, es decir, de los voluntarios que hacen parte de la Fundación Corazón en Parches. Ellos mismos reconocieron esta situación y la manifestaron en las entrevistas concedidas: “Por lo general la gente tiene el estereotipo de que el payaso llega es a hacer bulla”<sup>353</sup>. Pero fue el método de observación, como se mencionó anteriormente, el que permitió reconocer el uso peyorativo que, en algunas ocasiones, los actores hacen del término ‘payaso’.

En la observación que se realizó mientras los voluntarios de la fundación llevaban a cabo la terapia, se pudo evidenciar que a ellos se les asocian con calificativos como ‘los payasos esos’ o ‘los payasitos’. El primero se indicó como una broma

---

<sup>351</sup> SERRANO, Ramiro. El hermano mayor: payaso o bufón. Disponible en: <<http://www.telegrafo.com.ec/opinion/cartas-al-director/item/el-hermano-mayor-payaso-o-bufon.html>> [citado el 18 de abril de 2013].

<sup>352</sup> SERRANO, Ramiro. Op. cit., Disponible en: <<http://www.telegrafo.com.ec/opinion/cartas-al-director/item/el-hermano-mayor-payaso-o-bufon.html>>

<sup>353</sup> ENTREVISTA con Juan Pablo Gómez. Op. cit., [Ver anexo No. 9].

pero con un tono un tanto despectivo, mientras que el segundo calificativo, 'los payasitos', fue dicho en un tono más amable y cariñoso<sup>354</sup>.

En otro momento fueron referenciados como 'recreacionistas' y algunas risas indicaron algo de burla en dicho calificativo. Aunque algunos sí se refirieron en un tono amable, prefirieron no tener contacto directo con los voluntarios. De igual forma los padres y familiares utilizaron el término de 'payasos' y 'payasitos', pero en sus enunciados se identificó una intensión mucho más amable y cercana con los voluntarios<sup>355</sup>.

Por su parte, el modo en que se expresaron los padres y familiares hacia el personal de salud fue mucho más respetuoso, distante y serio. Ellos no utilizaron en ningún momento calificativos cercanos y peyorativos, sino por el contrario, se refirieron a ellos con palabras relacionadas con el título profesional del personal, como: médico, doctor y enfermera<sup>356</sup>. Estos calificativos no sólo se evidenciaron en el método de observación, también en las entrevistas fueron constantes cuando los padres y los familiares hacían algún comentario relacionado con el personal de salud del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander, HUS.

A partir de estas situaciones se pudo identificar que la figura del médico y de la enfermera imparte mayor respeto en un ambiente como el anteriormente mencionado. Además, se logró visualizar que no se presentaron menciones negativas hacia el personal de salud, sino que por el contrario, se generaron calificativos que provocan cierta distancia entre estos actores.

Contrario a lo anterior, la figura de los voluntarios de la Fundación Corazón en Parches es más inestable, pues parte del personal salud sí se refirió –en algunos momentos- de una manera peyorativa hacia ellos. Es importante resaltar que,

---

<sup>354</sup> MÉTODO DE OBSERVACIÓN. Durante la terapia en el Hospital Universitario de Santander. Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 24].

<sup>355</sup> MÉTODO DE OBSERVACIÓN. Durante la terapia en el Hospital Universitario de Santander. Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 24].

<sup>356</sup> ENTREVISTA con familiar de niño hospitalizado en el Hospital Universitario de Santander. [Ver anexo No. 18].

aunque los padres también utilizan el calificativo de payaso, lo hacen de una manera más cercana y sin un tono burlesco.

Situaciones como las que se mencionaron contribuyen a desvirtuar la figura del payaso, convirtiéndola en un adjetivo negativo utilizado comúnmente en la sociedad. Por esto, es importante que su uso se haga de manera correcta para no afectar la labor de estos voluntarios que no pretenden que la gente se ría a partir del ridículo y los errores, sino, por sus bromas, sus caracterizaciones y su gran habilidad para cautivar a un público con sus sonrisas y gestos.

El payaso, el clown o el 'payasito' –como lo llaman- solo busca una cosa en un ambiente como el Hospital Universitario de Santander: alegrar por uno minuto la vida de un niño que pasa la mayor parte de su día entre medicamentos, tratamientos y exámenes. Así que no queda duda que ésta es una labor que merece respeto y reconocimiento, porque no todo el mundo tiene la capacidad para hacer reír.

## **2.5 CONCLUSIÓN: LA COMUNICACIÓN COMO HERRAMIENTA TRANSFORMADORA DE IMAGINARIOS**

A partir del trabajo de campo realizado en el Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander, se pudieron identificar tres indicadores básicos que fueron determinantes en la construcción de los imaginarios que están presentes en la mente de los actores participantes de este ambiente.

Partiendo desde una perspectiva deductiva se evidenció la importancia que tuvieron las experiencias, en primera medida, en la construcción de los imaginarios establecidos por los padres, el personal de salud y los voluntarios de la Fundación Corazón en Parches, principalmente. La calidad de dichas experiencias constituyó un factor clave en la formación de percepciones negativas o positivas frente a lo que rodea al objeto de estudio y –de igual forma- la calidad de los procesos comunicativos dados en esas situaciones se estableció como la

base determinante para hacer de esas experiencias momentos agradables y enriquecedores para la relación entre los actores involucrados.

A partir de esas experiencias, surgieron los rumores, vistos como una forma de comunicación que pueden generar efectos colaterales por la multiplicidad de interpretaciones que hacen las personas de la realidad a partir de sus experiencias y recuerdos. Aunque estos tienden a esparcirse en el ambiente, fue sencillo identificar aquellos que ya están consolidados en la mente de los actores que se encuentran inmersos allí, pues el reconocimiento colectivo que dieron a estos, hizo que se validaran y se transmitieran en cada una de las entrevistas realizadas al objeto de estudio. Y fue precisamente a través de esta metodología donde se pudieron identificar rumores diferentes frente al personal de salud por parte de algunos voluntarios de la Fundación Corazón en Parches. Algunos realizaron comentarios negativos frente al personal del Pabellón de Pediatría, los cuales fueron contrastados con otras versiones que demarcaron una idea positiva frente a los mismos. Por ejemplo, un voluntario manifestó: “Hay veces que tienen la disposición (refiriéndose al personal de salud), hay veces que no. Yo diría que generalmente no porque están muy ocupados, y entran a hacer lo suyo. Hay también personas muy toscas y hay personas que son un poco más receptivas, pero igual mantienen la distancia. Y hay algunos casos raros en donde se integran muchísimo”<sup>357</sup>.

Frente a la percepción mencionada anteriormente, apareció otra que hizo que dicha declaración se convirtiera en rumor, pues el contenido de la segunda ofreció ideas positivas frente al personal de salud: “Hay veces que llegan las enfermeras, hablan con la mamá y hablan con el niño y a la vez interactúan con nosotros. En algunas ocasiones interactuamos con las enfermeras. Ellas generalmente lo toman bien y nos siguen la corriente”<sup>358</sup>.

De igual forma, ante el miedo que presentan los niños hospitalizados, en algunas ocasiones, también surgieron rumores frente a los generadores de este factor.

---

<sup>357</sup> ENTREVISTA con Juan Pablo Gómez. Op. cit., [Ver anexo No. 9].

<sup>358</sup> ENTREVISTA con Juan Manuel Espinosa. Op. cit., [Ver anexo No. 10].

Parte de los voluntarios manifestaron que los niños presentan cierto miedo hacia el personal de salud, el cual es influenciado por diferentes aspectos tanto materiales como conceptuales: “Para los niños es muy incómodo o les genera un poco de miedo cuando llega el doctor, porque ellos tienen una serie de traumas- que de pronto los vayan a dejar solos, o les vayan a hacer un proceso que les vaya a causar dolor- entonces, apenas llega el médico o la enfermera cambia el ambiente o el ánimo del niño se torna un poco tenso”<sup>359</sup>. Ésta percepción es un ejemplo de los rumores que se formaron alrededor del miedo y que fueron inducidos a partir de las experiencias y de la observación realizada por los voluntarios en sus visitas.

A partir de dichas declaraciones, se concretó el rumor como una forma de comunicación informal, donde se reconoció la importancia de un proceso de retroalimentación como un mecanismo efectivo y participativo que permita mediar en los conflictos y percepciones que se puedan presentar en un escenario como el del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander, HUS. Por esto, los rumores se pudieron contemplar durante el desarrollo de la investigación como una fase más que contribuyó a la creación y establecimiento de imaginarios en la mente de los individuos.

Adicionalmente, se pudieron reconocer estereotipos y calificativos centrados principalmente en la imagen de los voluntarios de la Fundación Corazón en Parches. Aquí sobresalió el carácter peyorativo que –en ocasiones- se le dio al término de payaso, el cual fue enunciado principalmente por el personal de salud y en el que se evidenciaron algunos tonos burlescos frente a esta figura. Caso contrario sucedió con las palabras que fueron utilizadas por los padres y familiares para referirse a los integrantes del cuerpo médico del HUS. Éstas se emitieron de una manera respetuosa y –de cierta forma- implantaron distancia en la relación existente entre estos dos actores. Dichas situaciones, sin duda, contribuyen a desvirtuar la figura real del payaso, pues la convierte en un adjetivo negativo que

---

<sup>359</sup> ENTREVISTA con Omar Camargo. Op. cit., [Ver anexo No. 12].

comúnmente se usa para referenciar a una persona que dice o hace algo de manera equivocada<sup>360</sup>.

Teniendo como base estos elementos, se identificó que la gran generadora de los imaginarios construidos y validados por los actores involucrados en el ambiente estudiado es la experiencia. Ésta se alimenta a diario de los rumores, los estereotipos y los calificativos, los cuales finalmente consolidan las percepciones e ideas de estos individuos y las convierte en representaciones sociales que son transmitidas en un colectivo, y cobran vigencia e importancia en el desarrollo de las relaciones interpersonales de cada uno de estos individuos que hace parte del ambiente estudiado.

A partir de estos hallazgos se estableció la necesidad de proponer una estrategia comunicativa que permita fortalecer y mejorar las relaciones interpersonales entre los actores, con el objetivo de propiciar escenarios participativos. Dicha estrategia tendrá como foco central al personal de salud, pues son frente a estos donde más aparecen imaginarios negativos debido a la relación distante y formal que se genera entre ellos con los padres de familia y los voluntarios de la fundación.

Es importante señalar y resaltar que no se pretenden eliminar los imaginarios, pues son los que construyen la realidad que nos rodea a partir de representaciones que validan nuestras percepciones y referencias. Lo que se busca es fortalecer de manera positiva los imaginarios que se crean en la mente de cada uno de los actores involucrados en esta investigación. Son estas ideas las que finalmente construyen nuestro entorno y, aunque son intangibles, siempre son visibles ante los demás y se establecen como elementos fuertes en la mente de los individuos.

---

<sup>360</sup> SERRANO. Op. cit., Disponible en: <<http://www.telegrafo.com.ec/opinion/cartas-al-director/item/el-hermano-mayor-payaso-o-bufon.html>>

### 3. CAPÍTULO III

#### **LA IMPORTANCIA DE LAS HABILIDADES COMUNICATIVAS DEL PERSONAL DE SALUD DEL PABELLÓN DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER**

Analizados los imaginarios que tienen los diferentes actores involucrados en las relaciones e interacciones establecidas en el pabellón de pediatría del Hospital Universitario de Santander, se pudo conocer qué percepciones existían frente a las competencias de comunicación del cuerpo médico.

Una vez hecho esto, se dio paso a analizar cómo estas creencias influyen, de alguna manera, en modificar las condiciones en que se establecen las relaciones entre dichos actores. Y es aquí en donde concierne a la comunicación, evaluar o revisar detenidamente si estos imaginarios concuerdan con las habilidades que el cuerpo médico del Pabellón tienen al momento de establecer una relación con los pacientes y familiares.

Por lo anterior, en este capítulo se pretende analizar las diferentes competencias comunicativas del personal de salud, el desarrollo y uso de estas en las relaciones recíprocas de comunicación, y cómo influyen en el interaccionismo simbólico en el Pabellón de Pediatría del HUS. Lo anterior hace referencia a cómo se privilegia la acción como interacción comunicativa, como proceso interpersonal y al mismo tiempo autoreflexivo<sup>361</sup>, y a partir de la presencia o ausencia de cuales herramientas de comunicación se fortalece o deteriora el proceso de comunicación entre el cuerpo médico-pacientes y familiares, y cuerpo médico-voluntarios de la Fundación Corazón en Parches.

---

<sup>361</sup> Definición de Interaccionismo simbólico. Corriente microsociológica. Disponible en: <<http://www.altillo.com/exámenes/uba/psicologia/psicosoc/psicosoc2007resuinteraccionismo.asp>> [citado consulta: 18 de febrero de 2013].

La importancia de analizar estos aspectos radicó en la convergencia de lo social y lo comunicativo, ya que ninguno puede darse sin la presencia del otro, teniendo en cuenta que lo segundo adquiere sentido en lo primero, y lo social permite que existan necesidades de comunicación e interacción entre los individuos que conforman algún grupo, que para este caso resulta siendo el Pabellón de Pediatría, integrando a pacientes, familiares, enfermeros y médicos.

Desde la perspectiva social, la importancia residió en las necesidades de comunicación que nacen en el hombre como ser social y racional; y la interacción dentro de un paradigma interpretativo que analiza el sentido de la acción social desde la perspectiva de los participantes. Dicho esto, vale la pena enfatizar en que, para que exista una interacción debe haber un contexto que la determine -cultura-, unas características que la modifiquen -ambiente hospitalario y condición de enfermo-, y más de dos actores que le den significado a los elementos que allí se crean a partir de varias herramientas comunicativas propias del ser humano como lo son los gestos, el habla, la mirada, y propiamente, el significado que tiene en cada intérprete.

Para esto, se ha planteado anteriormente que la relación médico paciente debe ir más allá de un simple intercambio de información, debe ser más completa, dinámica, más integral. Esto se logra a partir del uso de herramientas de comunicación que ayudan a darle sentido a dicha información. De esta manera se logra una reciprocidad que cala en el accionar de los actores implicados permitiendo finalmente la existencia de una relación más que una interacción.

Desde la perspectiva comunicativa, el paradigma interpretativo que se menciona anteriormente se desarrolla en la acción social y concibe a la comunicación como una producción de sentido dentro de un universo simbólico determinado<sup>362</sup>. Es así como se hace evidente la convergencia de estos dos aspectos, fundamentales en

---

<sup>362</sup> Definición de comunicación. Disponible en: < <http://www.definicionabc.com/politica/comunicación.php> > [citado el 22 de febrero de 2013].



la formación de todo ser humano, teniendo en cuenta que se concibe lo social como el marco de la interacción simbólica de individuos y a su vez, concibe la comunicación como el proceso social -por antonomasia- a través del cual se constituyen simultánea y coordinadamente los grupos y los individuos.

Dicho esto, entre la comunicación y la salud se debe establecer una la relación efectiva que permita integrar las interacciones humanas dadas en el Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander. Por lo cual, se tendrán en cuenta variables importantes en este estudio, que constituyen los lineamientos de análisis que permitirán indagar y profundizar en las competencias comunicativas del personal de salud.

Para ello, el capítulo se estructuró de acuerdo a los indicadores previamente establecidos que dan respuesta a las variables relevantes para este estudio, constituidas a partir de: la cantidad y frecuencia de encuentros entre los actores – personal de salud, pacientes y familiares-; la calidad y condiciones de los encuentros, de manera que permita analizar la efectividad de las comunicaciones y el establecimiento de relaciones entre los participantes.

De igual manera, fueron foco de interés los aspectos relacionados con la terminología que emplea el personal de salud al momento de entablar una conversación con los pacientes y familiares, permitiendo identificar si usa o no un lenguaje verbal apropiado, claro y conciso que permita una retroalimentación o entendimiento entre ambas partes. Complementario a esto, se analizó el uso de otro tipo de lenguajes en las interacciones médico-paciente como el uso de lenguaje no verbal, es decir, uso de elementos gráficos, uso de gestos, expresividad de la mirada, risa, disposición y posición corporal y mental, entre otros.

A partir de la profundización en estos aspectos se determinaron categorías que clasifican la información encontrada y orienta una posición e interpretación de la situación y grupo de interés estudiado.

### **3.1 INTERACCIÓN, ESTRATEGIA PRIMORDIAL PARA LA FORMACIÓN DE RELACIONES INTERPERSONALES SÓLIDAS ENTRE LOS ACTORES**

La importancia del análisis de la calidad de las relaciones que se establecen entre los actores anteriormente mencionados radicó en que el cuerpo médico debe buscar construir una relación más sólida, recíproca y fructífera con los pacientes del Pabellón de Pediatría del HUS, teniendo en cuenta que es el actor social que más interacción tiene con los demás actores presentes.

Por esto, es importante recordar –según lo planteado en la categoría Comunicación del capítulo teórico- que la sociedad está compuesta por diversos actores que, por factores del entorno en que se encuentran, terminan creando la necesidad de comunicarse entre sí. Al momento de satisfacer esta necesidad, se crean vínculos que poco a poco generan interacciones más profundas entre los individuos, y entre los cuales se establecen códigos, acuerdos y/o desacuerdos que finalmente crean una relación.

Un actor social es un sujeto colectivo estructurado a partir de una conciencia de identidad propia, portador de valores, poseedor de un cierto número de recursos que le permiten actuar en el seno de una sociedad con vistas a defender los intereses de los miembros que lo componen y/o de los individuos que representa, para dar respuesta a las necesidades identificadas como prioritarias<sup>363</sup>.

Es así como a partir de estos lineamientos se construyen los actores que interactúan en las sociedades. Dicho esto, para el caso que compete a esta investigación, se encontraron varios actores sociales que se desenvuelven y

---

<sup>363</sup>Definición de actor social. [PDF en línea] Disponible en: <[http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lri/zuniga\\_p\\_v/glosario.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lri/zuniga_p_v/glosario.pdf) > [citado el 5 marzo de 2013].

adquieren su rol específico en un espacio y tiempo determinado. En otras palabras, todo el personal de salud que interviene en el Pabellón de Pediatría del HUS interactúa con los pacientes (niños) y sus acompañantes (familiares) mientras los primeros están hospitalizados.

En esa misma colectividad, se agrega a la esfera los voluntarios de la Fundación Corazón en Parches, que en repetidas y constantes ocasiones, comparten el espacio y tiempo -dos conceptos inseparablemente relacionados- con los actores sociales anteriormente mencionados. Entiéndase al espacio y tiempo como todo lo que les rodea, un determinante de circunstancias, entorno, contexto que sitúa y caracteriza a cada actor social.

Es así como cada figurante, dependiendo de los conocimientos a priori que tenga, y dependiendo del entorno en que esté, adquiere unas características específicas, una identificación profunda y personal como actor social, que bien podría llamarse metafísica de la existencia. Heidegger<sup>364</sup> afirma que existe una ontología fundamental encargada de descubrir la constitución del ser de la existencia. La ontología se refiere entonces a las condiciones de posibilidad de las existencias o al ser mismo en su apertura originaria.

Dicho esto, se puede ver que los voluntarios de la fundación, antes de entrar en su rol de *clown*, experimentan un proceso de conocimiento e introspección en donde pasan de ser personas con ideales, creencias y papeles específicos –cotidianidad- a ser una ficha clave en la esfera común –también con características similares- pues son quienes mejoran el ambiente del pabellón de pediatría del HUS convertidos en *clowns*. Como lo expresan en las entrevistas realizadas a estos actores sociales: “Una vez adoptado el rol, el hecho de usar una nariz todos los sábados lo ayuda a uno a redescubrirse<sup>365</sup>”. De igual forma, la percepción que el voluntario entrevistado tiene del proceso de descubrimiento y preparación del

---

<sup>364</sup> HEIDEGGER, Martín (1988). La constitución onto-teo-lógica de la metafísica. En Identidad y Diferencia. Traducción de Helena Cortés y Arturo Leyte (Edición bilingüe de Arturo Leyte edición). Barcelona: Anthropos. p.61.

<sup>365</sup> ENTREVISTA con Juan Pablo Gómez. Op. cit., [Ver anexo No. 9].

personaje, apoya lo manifestado por su compañero puesto que: “Los voluntarios realizamos un calentamiento para entrar en un estado de *clown* donde se personifica al sujeto antes de ingresar a los cuartos”<sup>366</sup> y que entrará como ficha clave a interactuar con los demás actores sociales –cuerpo médico, pacientes y familiares-. Para este caso, se evidencia que los voluntarios de la fundación Corazón en Parches realizan un proceso de preparación que les permite encontrar la identidad del personaje *clown*.

En primera instancia está la preparación, que se define como la acción de “prevenir, disponer o hacer algo con alguna finalidad, disponer a alguien para alguna acción futura y/o hacer las operaciones necesarias para obtener un producto”<sup>367</sup>. Lo anterior se complementa con la etimología de la palabra que “se forma de la unión de el prefijo *prae* (pre-antes) y el verbo *parare* (dejar listo-disponer)”<sup>368</sup>. Entonces, preparar sería lo que se hace antes de disponer, es decir lo que hacen –proceso de introspección- los voluntarios antes de disponer del personaje *clown*.

Una vez realizada esta disposición, el actor social *clown* adquiere y reconoce su identidad, la cual se refiere a características que nos hacen percibir que una persona es única (una sola y diferente a las demás), es decir, y que a su vez, describe atributos que en muchas ocasiones se comparten con los demás actores sociales, pero que, al ser conscientes, se transforman en características que se puede tomar como propias mas no únicas.

Esto es vital para que el *clown* tenga un desempeño adecuado en su actuar y pueda contribuir a modificar el ambiente de la esfera a la que entra. El conjunto de rasgos propios del voluntario como *clown* lo caracterizan frente a los demás actores sociales presentes en el mismo espacio socio-temporal. Es decir que cada actor está compuesto por un “conjunto de rasgos propios de un individuo o de una

---

<sup>366</sup> ENTREVISTA con Jose Fernando Tovar. Op. cit., [Ver anexo No. 13].

<sup>367</sup> REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Banco de datos (CORDE) [en línea]. Disponible en: <www.rae.es> [citado el 19 de marzo de 2013].

<sup>368</sup> Disponible en: <<http://etimologias.dechile.net/?preparar>> [citado el 19 de marzo de 2013].

colectividad que los caracterizan frente a los demás y la conciencia que se tiene de ser ella misma y diferente de los demás”<sup>369</sup> .

Una vez aclarado el proceso por el que debe pasar el actor social *clown*, antes de entrar en el espacio y tiempo compartido, se puede hablar con propiedad del establecimiento de relaciones entre los actores sociales que hacen parte del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander.

Al remitirse al concepto básico de relación, la RAE la define como una “conexión o correspondencia de algo con otra cosa; como trato y comunicación de alguien con otra persona”. Esto infiere necesariamente, la presencia de dos o más actores o participantes que permiten que, en primera instancia, se pueda establecer un nexo entre estos, y que posteriormente, se pueda establecer una correspondencia en atención (auditiva o visual) y por ende, existencia de comunicación entre las partes.

Si profundizamos un poco más, se puede afirmar que la relación es entendida también como la forma de establecer contacto puesto que, como lo afirma Virginia Satir<sup>370</sup>, el mejor regalo que una persona puede recibir de alguien es la vea, la entienda, la escuche, la entienda y la toque; y la mejor manera de retribuirlo es ver, escuchar, entender y tocar a otra persona. Cuando se ha hecho esto, se ha establecido contacto.

---

<sup>369</sup> REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Banco de datos (CORDE) [en línea]. Disponible en: <[www.rae.es](http://www.rae.es)> [citado el 15 de marzo de 2013].

<sup>370</sup> SATIR GOMEZ, Virginia. Definición de relación. Disponible en:< <http://www.goodtherapy.org/satir-transformational-systemic-therapy.html> >[citado el 14 de marzo de 2013].

## 3.2 RELACIONES INTERPERSONALES ENTRE ACTORES

### 3.2.1 Relación de voluntarios con los pacientes y los familiares, y con el personal de salud

Cada relación que establece cada actor social difiere necesariamente de la que se establece con otro actor social porque, como se mencionaba anteriormente, si bien es cierto que cada quien tiene características propias mas no únicas, hacen que al entablar comunicación con otro actor, el proceso en que se de y la forma resultan diferentes, en condiciones y con niveles de profundización también diferentes. Es por esto que las relaciones que se establecen entre el personal de salud y los pacientes y familiares son necesariamente diferentes a la que se establecen entre los voluntarios de la Fundación Corazón en Parches y los pacientes y familiares, y por ende, la relación entre el personal médico y los *clown*, tendrá características distintas a las relaciones anteriormente nombradas.

Al ligarse las relaciones con lo manifestado por los actores entrevistados, se encuentra en términos generales que los padres, voluntarios y cuerpo médico dicen establecer buenas relaciones entre sí. En primera instancia, un voluntario de la fundación, resalta que: “En general hay una relación cercana, sin embargo no siempre se logra conectar con el paciente”<sup>371</sup>. Lo anterior se da dependiendo de las condiciones en que se encuentre el paciente o disposición que tenga para la actividad de terapia de la risa que hacen los voluntarios al convertirse en *clown*. Sin embargo, se evidencia que “lo importante de la terapia es que la relación que se cree debe ser natural. No debe ser forzada, entonces de cierta forma, uno como clown hace lo posible por conectar al máximo. Yo me doy cuenta con la mirada cuando sé que hubo conexión con un niño”<sup>372</sup> como lo afirma el mismo entrevistado.

---

<sup>371</sup> ENTREVISTA con Juan Pablo Gómez. Op. cit., [Ver anexo No. 9].

<sup>372</sup> Ibid., [Ver anexo No. 9].

Necesariamente, las anteriores afirmaciones arrojan categorías importantes que nos ayudan a tener un concepto más general de cómo son las relaciones entre los niños pacientes y los voluntarios de la Fundación Corazón en Parches. Vemos entonces que las relaciones cercanas se dan gracias a la conexión que se establece entre estos dos actores.

Entiéndase relaciones cercanas y la conexión como la “correspondencia en trato, comunicación de alguien con otra persona”<sup>373</sup>. Según la RAE, la conexión se entiende como “la unión, capacidad de establecer relación, poner en comunicación”<sup>374</sup>.

Sin embargo, es necesario resaltar que en el establecimiento de esa conexión se presentan casos en que “inicialmente hay niños que pueden tener barreras e impiden un acercamiento más profundo al momento de acercárseles y pueden llegar a sentirse impresionados y por ende, buscan refugiarse en sus padres”<sup>375</sup>, según lo manifestó el voluntario número 10. Al igual como los *clown* buscan interacción con los niños, también lo hacen con los familiares –en su mayoría padres o madres-, quienes son los que acompañan al niño toda la estadía en el hospital.

En este sentido, el mismo voluntario, enfatizó que “cuando los papás están presentes también se busca la participación de ellos, porque también tienen niveles de estrés elevados por pasar tanto tiempo en el hospital, por tener a su internado y en condición de enfermo”<sup>376</sup>. Sin olvidar a los pacientes, la terapia de la risa también va enfocada a todos los actores sociales presentes en el pabellón de pediatría. Lo anterior se hace visible según lo expresa otro voluntario entrevistado, quien afirma que “mi *clown* se concentra más en los papás que en los mismos pacientes. A mí me mueve más lo que le pasa al papá porque

---

<sup>373</sup> REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Banco de datos (CORDE) [en línea]. Disponible en: <[www.rae.es](http://www.rae.es)> [citado el 15 de marzo de 2013].

<sup>374</sup> Ibid., Disponible en: <[www.rae.es](http://www.rae.es)>

<sup>375</sup> ENTREVISTA con Juan Manuel Espinosa. Op. cit., [Ver anexo No. 10].

<sup>376</sup> Ibid., [Ver anexo No. 10].

entiendo que son personas que están pasando por un momento difícil, que soportan el tedio de estar ahí o el mismo dolor y para no hacer más trágico el ambiente, no poderlo mostrar al niño –hijo hospitalizado-”<sup>377</sup>.

Si se mira en términos generales, se puede afirmar que la interacción entre los voluntarios y los pacientes y familiares es bastante, permanente y positiva. El método de observación número 1 aplicado momentos previos a empezar la terapia de la risa, evidencia que cada uno de los voluntarios saluda amablemente a los padres o familiares de los niños y de esta manera, algunos se centran en brindar terapia a los padres. Estos momentos los aprovechan con el fin de tener un mayor acercamiento y brindarles un apoyo<sup>378</sup>. De igual manera, evidencia que “algunos voluntarios se sientan en las camillas de los pacientes y les hablan muy cerca, especialmente a aquellos que están en una situación delicada. Es tan cercana la relación que se forma que les hablan al oído, como murmurando, con el ánimo de buscar complicidad, cosa que genera risa en los niños”<sup>379</sup>. En estos fragmentos se puede apreciar la interacción, el acercamiento, la confianza y el apoyo que arrojan estas acciones que, poco a poco, van generando vínculos entre los niños y sus padres con los voluntarios de la Fundación Corazón en Parches.

Dicho esto, vale la pena aclarar que así como hay *clown* que se encargan de establecer una relación cercana con los padres, también hay quienes se enfocan en lograr una conexión con los niños hospitalizados. Tanto así que: -como lo sostiene el voluntario - “los niños llegan a un punto en que se sienten tan inidentificados porque los clowns de algún modo también son niños, que se vuelve un juego, un juego mágico”<sup>380</sup>. Complementario a esto, el mismo entrevistado agrega que: “Tales son las cualidades del *clown* que generan cercanía con los niños, que se llega a un punto en que se identifican totalmente con tu personaje que ellos mismos nos piden que hagamos alguna u otra cosa en específico.

---

<sup>377</sup> ENTREVISTA con Julián Vargas. Op. cit., [Ver anexo No. 11].

<sup>378</sup> MÉTODO DE OBSERVACIÓN. Antes de la terapia en el Hospital Universitario de Santander (HUS). Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 23].

<sup>379</sup> MÉTODO DE OBSERVACIÓN. Antes de la terapia en el Hospital Universitario de Santander (HUS). Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 23].

<sup>380</sup> ENTREVISTA con Omar Camargo. Op. cit., [Ver anexo No. 12].



De esta manera, y teniendo en cuenta las afirmaciones de los voluntarios, se exponen dos categorías relevantes al como resultado de la conexión anteriormente establecida. Es así como la participación de los actores y la identidad reflejada complementa el proceso de reciprocidad que se necesita en la formación de una relación entre actores. El hecho de incluir a todos los sujetos que se desenvuelven en la misma esfera, permite que se puedan establecer más y mejores interacciones, en donde probablemente se puedan crear vínculos muchos más estrechos y cercanos entre los mismos.

En primera instancia está la participación de los actores, en donde según la Real Academia de la Lengua Española<sup>381</sup>, consiste en tomar o recibir parte en algo, compartir y tener las mismas opiniones, ideas, características, etc. Profundizando un poco más, se encuentra que con relación a la definición propiamente, Stringer<sup>382</sup> (1972) interpreta tres versiones conocidas sobre la participación con base en la teoría de los constructos personales<sup>383</sup> que consiste en 'tener parte de' algo que pertenece a un grupo, 'tomar parte en' algo con otros y 'ser parte de' algo, es decir, involucrarse en lo esencial de esto, con lo cual se tiene y se toma parte.

Esto implica que:

“Al 'tomar parte' por otro lado, puede ocurrir que el actor social ajuste su sistema de constructos al del otro actor social o bien le imponga el suyo, en cuyo caso niega la concepción de éste, resultando así un producto unilateral. En la aceptación 'ser parte de', por el contrario, se requiere que los sistemas de constructos de ambos

---

<sup>381</sup> REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Banco de datos (CORDE) [en línea]. Disponible en: <[www.rae.es](http://www.rae.es)> [citado el 15 de marzo de 2013].

<sup>382</sup>SÁNCHEZ, Euclides. Capítulo II. La definición de participación. p.1. [PDF en línea]. Disponible en: <<http://servicios.abc.gov.ar/lainstitucion/sistemaeducativo/psicologiaase/jornadacapacitacion/participacion.pdf>> [citado el 19 de marzo de 2013].

<sup>383</sup> La **teoría de los constructos personales (TCP)** es una teoría desarrollada por George A. Kelly (1995/1991; 2001) que parte del postulado filosófico del **alternativismo constructivo** según el cual el significado que atribuimos a la experiencia es resultado de una construcción personal. La realidad estaría por tanto sujeta a variadas construcciones personales, algunas de las cuales pueden ser provechosas para el individuo y otras no serlo. Se trataría de un proceso de construcción y reconstrucción sucesiva que puede explicarse por medio del "ciclo de la experiencia".

sean parte integral del proceso de relación y de construcción basada en la experiencia de hacer parte de, lo que exige, a fin de garantizar congruencia entre los constructos, una relación de comunicación que garantice la influencia mutua entre los constructos de uno y de otros”<sup>384</sup>.

Una vez esto suceda en la esfera de interés para esta investigación -Pabellón de Pediatría- y entre los actores sociales que están directamente relacionados con la misma, se podrán establecer o no interacciones más profundas que desencadenen la posibilidad de una identidad reflejada por parte de los voluntarios, hacia los niños. Es decir que, una vez se involucren los padres, niños y *clown*, será más fácil para los pacientes (niños) lograr una identidad reflejada en los personajes de los *clown*.

En la medida en que los padres estén inmiscuidos en la misma esfera y estén participando de las actividades, el niño sentirá más confianza para desenvolverse y ese ambiente hospitalario le parecerá familiar. Lo anterior es posible porque el niño siente que las instalaciones, el personal médico, los *clown* y sus padres hacen parte de su esfera social.

Y son precisamente estos vínculos los que generan ese reconocimiento que proporciona la participación y la experiencia, pues como lo afirma un voluntario, “cualquier cosa que nos haga ser más cercanos a los niños y papitos, vale. Lo importante es generar un vínculo con los pacientes y familia para hacerlos olvidar un poco de la situación en la que están sometidos”<sup>385</sup>.

Desde la definición básica de vínculo se puede decir que significa “la unión o atadura de una persona o cosa con otra”<sup>386</sup>. También es definido como una unión pero en un sentido más profundo que deriva una relación ya sea, de una persona con otra o de una cosa con una persona. Por lo tanto, dos personas u objetos están “vinculados cuando están unidos, encadenados, emparentados o atados, ya sea de forma física o simbólica. La noción de vínculo suele utilizarse para nombrar

---

<sup>384</sup> SÁNCHEZ. Op. cit., p. 2.

<sup>385</sup> ENTREVISTA con Jose Fernando Tovar. Op. cit., [Ver anexo 13].

<sup>386</sup> Definición de vínculo - Qué es, Significado y Concepto. Disponible en: <<http://definicion.de/vinculo/#ixzz2OPqTPX6Q>> [citado el 8 de marzo de 2013].

a la especie de cadena invisible que existe en la relación cercana entre dos personas”<sup>387</sup>.

“La vida de todos los seres vivos los condiciona a múltiples relaciones entre ellos y el hábitat en que desarrollan sus actividades, generando, cuando esas relaciones persisten en el tiempo, vínculos de diversa índole, vínculos afectivos que pueden ser de amor o también de envidia, celos u odio”<sup>388</sup>. Para el caso que le compete al trabajo investigativo, es posible afirmar que, la esfera de espacio-tiempo y el rol que cada actor social juega en ella, la creación de relaciones estrechas de sujetos que comparten el mismo interés, va permitiendo que entre ellos se generen vínculos más profundos gracias a la manera en que las acciones y emociones se vuelven recíprocas y alimentan dicha interacción.

Es aquí en donde el trato amable que tienen los voluntarios de la Fundación Corazón en Parches tienen con los pacientes y sus familiares se convierte en un pilar fundamental para la posibilidad de formulación de una relación entre estos actores. Como lo sustenta el integrante del personal de salud del Pabellón de Pediatría del HUS: “Para mí básicamente amor es lo que el *clown* le brinda al niño y esto les permite poder interactuar con ellos”<sup>389</sup>. Complementario a esto, el entrevistado número 4 del mismo grupo afirmó que “el trato que le dan a los patienticos los muchachos de la fundación es muy agradable. Son extremadamente cariñosos y bastante comprensivos con los niños”<sup>390</sup>. Dicho esto, se evidencia que la disposición que tienen los voluntarios de la fundación al momento de hacer la terapia es total, y va ligada al compromiso que sienten tener para la efectiva formulación de una interacción amena y constante.

Algo similar pasa en la relación establecida entre el personal de salud y los voluntarios. Lo parecido en este caso, es la intensión y disposición del último en

---

<sup>387</sup> Definición de vínculo. Op. cit., Disponible en: <<http://definicion.de/vinculo/#ixzz2OPqTPX6Q>>

<sup>388</sup> Ibid., Disponible en: <<http://deconceptos.com/general/vinculo#ixzz2OPvHa92M>>

[citado el 18 marzo de 2013].

<sup>389</sup> ENTREVISTA con practicante de enfermería del Hospital Universitario de Santander. Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 8].

<sup>390</sup> ENTREVISTA con personal de salud del Hospital Universitario de Santander. Op. cit., [Ver anexo No. 4].

acercarse al primero. Lo anterior se refleja en lo registrado en el método de observación número 2 -aplicado antes de iniciar la terapia de la risa-, en donde se aprecia que durante el lavado de manos, los voluntarios hacen un primer acercamiento con el personal de salud. Existe a su vez un encuentro cordial entre los voluntarios con las enfermeras mientras hacen chistes y les preguntan ¿cómo están?<sup>391</sup>. Aunque las interacciones entre estos actores sea escasa, o se presente en situaciones específicas y no muy recurrentes, se aprecia que el objetivo del clown es crear un ambiente dinámico, entrar en conexión con el personal sanitario hasta llegar a la interacción al momento de hacer terapia.

Si bien es cierto que el dinamismo es la “energía activa, la vitalidad que estimula los cambios o el desarrollo”<sup>392</sup>, se percibe que con la actitud adoptada por los *clown*, se intenta alterar o modificar el ambiente en el que están permanentemente los actores sociales de esas esfera. Ya se ha dejado claro que la relación clown-pacientes y/o familiares se da de una manera natural, libre y espontánea por factores que el voluntario logra poner en común con estos actores.

Al momento de remitirse a la relación *clown*-personal de salud, se encuentran variaciones inconstantes. Si bien es cierto que los *clown* tienen actitud positiva y disposición de entablar una interacción con el personal al momento de entrar al espacio-tiempo compartido, los testimonios anteriormente mencionados evidencian que no existe reciprocidad constante por parte del personal de salud hacia las acciones de los voluntarios. Por ende, se dificulta la posibilidad de formar una relación, a permitir empatía entre estos dos actores.

De esta manera, la reciprocidad se entiende como “la correspondencia mutua de una persona o cosa con otra. Se basa, no sólo en la obligación de corresponder

---

<sup>391</sup> MÉTODO DE OBSERVACIÓN. Antes de la terapia en el Hospital Universitario de Santander (HUS). Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 23].

<sup>392</sup> Definición de dinamismo. Disponible en: <<http://www.wordreference.com/definicion/dinamismo>> [citado el 21 de marzo de 2013].

sino también, en la obligación de dar y en la obligación de recibir<sup>393</sup>. La importancia de que el personal de salud tenga una mejor disposición al momento de recibir los gestos de amabilidad de los voluntarios radica en que la acción debe ser recíproca porque “es una de las normas más importantes sobre la que se sustenta el funcionamiento de las sociedades humanas ya que beneficia a los individuos y al grupo en su conjunto”<sup>394</sup>. Esto infiere que si el personal de salud modifica su actitud y entiende que para que haya una buena relación, debe abrirse a interactuar con los voluntarios, padres y pacientes. Una vez logrado esto, es garantía que cualquier recurso que comparta en un momento determinado, le será devuelto por los demás –voluntarios Fundación Corazón en Parches- cuando lo necesite, y se pueda establecer una relación de cooperación. Entonces, se puede decir que algo recíproco “es aquello que se hace como devolución, compensación o restitución”<sup>395</sup>.

Según se observa en el método de observación número 2, aplicado al cuerpo médico durante la terapia de la risa, “el personal de salud se mantiene distante y continúa realizando las actividades de rutina sin interrumpir la terapia”<sup>396</sup>. Al parecer, el dinamismo del que se habla líneas anteriores no se da de manera constante en las pocas veces en que interactúa el personal de salud con los voluntarios en su rol de *clown*. Esto arroja necesariamente, una categoría que evidencia la ausencia de interés o indiferencia por parte del personal de salud en entablar una interacción que lleve necesariamente a un vínculo entre estos dos actores sociales que son, en definitiva, los que más están en contacto con los pacientes, y quienes, de alguna manera, influyen en el bienestar de los últimos en el tiempo de hospitalización.

---

<sup>393</sup> REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Banco de datos (CORDE) [en línea]. Disponible en: <[www.rae.es](http://www.rae.es)> [citado el 17 de marzo de 2013].

<sup>394</sup> Definición de reciprocidad. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/pir/reciprocidad.html> [citado el 20 de marzo de 2013].

<sup>395</sup> Definición de reciprocidad. Disponible en: <http://definicion.de/reciprocidad/#ixzz2OSjnpjwy> . [citado el 18 de marzo de 2013].

<sup>396</sup> MÉTODO DE OBSERVACIÓN. Durante de la terapia en el Hospital Universitario de Santander (HUS). Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 24].

Desde el concepto más básico, la indiferencia se entiende como una actitud. La Real Academia de la Lengua la define como “un estado de ánimo en que no se siente inclinación ni repugnancia hacia una persona, objeto o negocio determinado”<sup>397</sup>. Profundizando un poco más en el concepto, es posible afirmar que se entiende también como “un sentimiento o postura hacia algo o alguien caracterizado por no ser ni positivo ni negativo, intermedio entre el desprecio y el aprecio; y relacionado con la apatía”<sup>398</sup>.

Dicho esto, se hace fundamental que el personal de salud tome conciencia del papel vital que juega en el establecimiento de relaciones en la esfera que comparte con los pacientes y los voluntarios de la Fundación Corazón en Parches.

Al ser este el actor social que está en permanente contacto con los niños, se entiende que es el que más influye en sus constructos y por ende, en la formación del imaginario negativo que se puede ir construyendo en las mentes de los pacientes. “La indiferencia endurece psicológicamente a la persona e impide la identificación con las situaciones o abatimientos ajenos, frustra las potencialidades de afecto y compasión”<sup>399</sup>. En lo concerniente a las relaciones, el personal sanitario debería hacer parte de esa colectividad y participar activamente –como se mencionó anteriormente- en el círculo social en que se desenvuelve y en el cual tiene un rol específico con acciones y características determinadas. En este caso, sea médico o enfermera, en primera instancia, debe disponer de una actitud positiva al momento de compartir las mismas condiciones del entorno. Seguido a esto, debe tratar de establecer vínculos con los demás actores sociales que hacen parte, al igual que él, de la esfera social que es el contexto en que se desenvuelven y el que le da sentido a su existencia en dicho espacio.

---

<sup>397</sup> REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Banco de datos (CORDE) [en línea]. Disponible en: <[www.rae.es](http://www.rae.es)> [citado el 20 de marzo de 2013]

<sup>398</sup> Definición de indiferencia. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Indiferencia> .[citado el 20 de marzo de 2013].

<sup>399</sup> Definición de indiferencia. Disponible en: <http://www.mentat.com.ar/indiferencia.htm>. [citado el 21 de marzo de 2013].

A modo de conclusión, se puede afirmar que la capacidad de involucrarse, de pertenecer a, de reconocerse como actor social de una esfera, ha sido denominado por Stringer como el diseño participativo, en el que los constructos personales de los actores sociales son moldeados en la relación interpersonal que se desarrolla entre ambos. Es decir que, si bien cada actor social tiene unas características, maneras de pensar y actuar propias, es la participación la que posibilita que se puedan establecer vínculos fuertes entre los actores. Estos lazos son generados y moldeados en las relaciones interpersonales que nazcan y se fortalezcan entre los implicados. Entre más sólidos sean los vínculos, más fructífera será la relación que se crea entre voluntarios- pacientes, y entre voluntarios-personal sanitario.

Entonces, es claro que el interaccionismo simbólico “analiza el sentido de la acción social desde la perspectiva de los participantes”<sup>400</sup>, por ello se puede afirmar que desde la perspectiva del actor social clown, es claro que entiende la metafísica de su existencia y entiende a su vez, la serie de elementos que hacen que ese personaje se inmiscuya en la esfera social del pabellón de pediatría del Hospital Universitario de Santander. De esta manera, comprende que como actor social tiene unos lineamientos que lo conforman y determinan su accionar. De aquí que pueda y establezca relaciones positivas con los pacientes y/o familiares, e intente crear un vínculo con el personal de salud.

### **3.2.2 Relación entre personal de salud y pacientes y/o familiares.**

Una vez establecidos -en el punto anterior- los conceptos básicos de lo que significa una relación, es pertinente traer a colación el concepto de las relaciones humanas. Esta significa que “los individuos participan en grupos sociales y se mantienen en constante interacción social”<sup>401</sup>. Para explicar y justificar el comportamiento humano en las organizaciones –entiéndase como grupo de

---

<sup>400</sup> Definición de interaccionismo simbólico. Disponible en: <[http://es.wikipedia.org/wiki/Interaccionismo\\_simbólico](http://es.wikipedia.org/wiki/Interaccionismo_simbólico)> [citado el 28 de marzo de 2013].

<sup>401</sup> Definición de relaciones. Disponible en: <<http://admon.8m.com/html/relaciones.htm>> [citado el 30 de marzo de 2013].

personas-, la teoría de las relaciones humanas estudió a fondo esa interacción social. Se entiende por relaciones humanas “las acciones y actitudes resultantes de los contactos entre personas y grupos. Cada individuo es una personalidad altamente diferenciada, que incide en el comportamiento y las actitudes de las personas con quienes mantiene contacto y, a la vez, recibe mucha influencia de sus semejantes”<sup>402</sup>. Dicho esto, es relevante resaltar la importancia que tiene entonces, el establecimiento de las relaciones e interacciones en las esferas compartidas que determinan a los actores sociales y su incidencia en la conformación de grupos y contextos sociales funcionales.

Para el caso de interés de esta investigación, la esfera social es el Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander -como se ha mencionado anteriormente- integra a cuatro actores sociales diferenciados: Personal de salud, pacientes y familiares, voluntarios de la Fundación Corazón en Parches. En lo que concierne a este punto, se analizó cómo el primer actor mencionado entabla o no relaciones con los demás actores, y a partir de qué tipo de interacciones se crean estos vínculos.

Ya se ha dicho que el personal de salud es poco receptivo a algunas acciones o actitudes que otros actores sociales tienen, con el ánimo de lograr establecer un contacto más cercano. Si partimos desde la óptica o perspectiva del actor social analizado –cuerpo médico-, encontramos varias contrariedades si se comparan con el punto de vista del familiar del paciente. Vemos en primera instancia que el cuerpo médico opina que: “A veces es difícil establecer un vínculo con los pacientes o papitos porque la familia no acepta el tipo de enfermedad que tiene el niño, entonces se vuelve un conflicto”<sup>403</sup>. De este testimonio es posible afirmar que existe una fuerte tendencia de negación a la que llegan los padres al momento de afrontar la situación de hospitalización de sus hijos.

Este término es utilizado en muchos sentidos diversos, sin embargo, para el tema

---

<sup>402</sup> Definición de T. de las relaciones humanas. Disponible en: <[http://www.monografias.com/trabajos32/teoria-relaciones-humanas/teoria-relaciones-humanas.shtml#\\_Toc129238612](http://www.monografias.com/trabajos32/teoria-relaciones-humanas/teoria-relaciones-humanas.shtml#_Toc129238612)> [citado el 22 de marzo de 2013].

<sup>403</sup> ENTREVISTA con practicante de enfermería del Hospital Universitario de Santander. Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 1].



de estudio que nos compete, el concepto de negación hace referencia directa “al acto explícito de negar, de no aceptar o de no aprobar determinadas circunstancias, situaciones o fenómenos. la negación es uno de los fenómenos más característicos de los individuos para evitar hacer frente a situaciones o circunstancias que generan algún tipo de conflicto”<sup>404</sup>. Lo anterior se convierte entonces, en un limitante, una barrera con que el cuerpo médico debe mediar en la conformación de relaciones con los padres y/o familiares de los pacientes. Interfiere en la medida en que se manifiesta como un mecanismo de defensa que ejerce una persona -padre- inconscientemente para evitar aceptar o dar cuenta de la realidad que circunstancialmente vive.

Es aquí en donde el personal de salud debe adoptar una actitud positiva y disponerse a crear una relación de apoyo y confianza. De manera que le permita posteriormente, establecer vínculos fuertes con el actor social implicado. De esta forma, consigue que la negación deje de ser mecanismo de defensa por el que el individuo se enfrenta a conflictos emocionales y a amenazas de origen interno o externo, y se convierta en la aceptación a reconocer algunos aspectos dolorosos de la realidad externa o de las experiencias subjetivas, que en este caso es la enfermedad de su hijo y/o familiar.<sup>405</sup>

Otra perspectiva que arrojan los testimonios del cuerpo médico está directamente relacionada con el establecimiento de una buena relación o relación positiva para con el grupo de actores sociales. Según el entrevistado número 3 de este grupo, es fácil tener disposición para lograr cercanía porque: “Los niños se hacen querer mucho, igualmente con los familiares. Creo que esto se da por el trato que uno como enfermera le brinda al momento de atenderlos”<sup>406</sup>.

---

<sup>404</sup> Definición de negación. Disponible en: <<http://www.definicionabc.com/salud/negacion.php#ixzz2OTXFYSRi>> [citado el 22 de marzo de 2013].

<sup>405</sup> Definición de negación. Disponible en: <<http://www.definicion-de.es/negacion-3/>> [citado el 22 de marzo de 2013].

<sup>406</sup> ENTREVISTA con el personal de salud del Hospital Universitario de Santander. Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 3].

Sin embargo, el trato amable que el personal de salud le presta a los pacientes y sus familiares es una consecuencia de un elemento que nace desde el interior de cada integrante del cuerpo médico de Pabellón de Pediatría. Al hablar de esto nos referimos a la disposición. Ello radica en la actitud que él mismo tenga al momento de entablar una relación con dichos actores. Si nos remontamos a la definición básica de la palabra podemos afirmar que se refiere a la “disposición de ánimo manifestada de algún modo”<sup>407</sup>. De igual manera, aparte de concebirse desde la parte interior, se concibe a su vez, desde lo que se expresa exteriormente al afirmar que se centra en la “postura del cuerpo humano, especialmente cuando es determinada por los movimientos del ánimo, o expresa algo con eficacia”<sup>408</sup> y que de igual manera, nace desde un interés personal e interior.

Según lo manifiesta un auxiliar de enfermería del Pabellón: “La actitud que se tiene frente a cada sesión “depende del genio de uno, y de cómo uno le llegue a la gente”<sup>409</sup>. Es decir que, si el personal está de buen humor, tiene una actitud positiva, responde favorablemente en la interlocución.

La palabra actitud se ha entendido de muchas maneras, ninguna de las cuales, sin embargo, difiere gran cosa de lo que la gente común entiende al escucharla o al hacer uso de ella. Gordon Allport<sup>410</sup>, un clásico de la psicología social, ha definido la actitud como “un estado de disposición mental y nerviosa, organizado a través de la experiencia, que ejerce gran influencia directa o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con los que ya está relacionado”<sup>411</sup>.

---

<sup>407</sup> REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Banco de datos (CORDE) [en línea]. Disponible en: <www.rae.es> [citado el 5 de abril de 2013].

<sup>408</sup> Ibid., Disponible en: <www.rae.es>

<sup>409</sup> ENTREVISTA con el personal de salud del Hospital Universitario de Santander. Op. cit., [Ver anexo No. 4].

<sup>410</sup> ALLPORT Gordon. Psicólogo y pedagogo estadounidense. Aplicó conceptos y métodos de las ciencias sociales a los estudios psicológicos y desarrolló una original teoría de la personalidad, expuesta en obras como *Personalidad: una interpretación psicológica* (1937). Considera que existen muchos factores determinantes de la conducta, los cuales pueden ser ordenados en una escala jerárquica que abarque desde lo más concreto hasta lo más general. Los más importantes de estos factores son los siguientes: *reflejo condicionado, hábito, actitud, rasgo y personalidad*. La personalidad, por su parte, se desarrolla a partir de cierto número de datos constitucionales como las disposiciones afectivas, el régimen emocional y los tipos de actividad.

<sup>411</sup> SALCEDO FERNÁNDEZ, Antonio. Anatomía de la persuasión. I parte: El qué. En: *Influencia, persuasión y cambio de actitudes*. España: ESIC Editorial. 2007. p. 33.

Lo anterior se evidencia en el testimonio del mismo entrevistado quien complementa que: “Tratamos de llamarlos por el nombre, de decirles de manera bonita qué procedimiento se les va a hacer. Sólo de esta manera puedo “crear un vínculo muy cercano con los niños y papitos, para que ellos lo traten a uno bien y le tengan confianza y no teman”<sup>412</sup> .

Por otro lado, si se mira el receptor de esta interlocución, nos damos cuenta que la actitud del niño o de sus familiares en cada visita que realiza el personal de salud en la habitación denota de igual manera, disposición al momento de entrar en contacto. “Los niños nos reciben con una sonrisa, nos saludan y se ponen felices”<sup>413</sup>(ver anexo No. 3), según argumenta el personal de salud. “La actitud es buena porque sentimos que nos reciben con gusto. Ellos son muy receptivos cuando entramos, en ocasiones nos manifiestan sus deseos de que nos quedemos más tiempo acompañándolos”<sup>414</sup> , afirma otro integrante perteneciente al actor social ‘cuerpo médico’.

De esta manera, se hace evidente que aparte de tener disposición y buena actitud frente al personal de salud, los niños y padres permiten que se establezcan vínculos con ellos. Emory S .Bogardus<sup>415</sup>, por su parte, define la actitud como “la tendencia favorable o contraria respecto a algún factor ambiental que se convierte, por consiguiente, en un valor positivo o negativo. En términos mundanos, una actitud es, simplemente, un concepto empleado por el psicólogo social para explicar lo que sucede entre el estímulo y la respuesta para producir el efecto observado”<sup>416</sup>. Como hemos visto, los menores son quienes parecen adoptar una mejor posición al contacto con el personal de salud. Son ellos quienes tienen un estímulo suficiente, que les permite recibir gratamente al cuerpo médico. Según lo

---

<sup>412</sup> ENTREVISTA con enfermera del Hospital Universitario de Santander. Op. cit., [Ver anexo No. 4].

<sup>413</sup> ENTREVISTA con el practicante de enfermería del Hospital Universitario de Santander. Op. cit., [Ver anexo No. 5].

<sup>414</sup> Ibid., [Ver anexo No. 5].

<sup>415</sup> BOGARDUS, Emory. era una figura prominente en la historia de la sociología norteamericana. Creó la escala de distancia social Bogardus que resulta una escala de evaluación psicológica para medir empíricamente la voluntad de las personas para participar en los contactos sociales de los distintos grados de cercanía con los miembros de los diversos grupos sociales, como los grupos étnicos y raciales.

<sup>416</sup> SALCEDO. Op. cit., p.34.

afirma el mismo entrevistado -cuerpo médico- citado anteriormente: “Los niños colaboran más que los adultos, pues ya saben cuando entramos a ponerle algún medicamento o hacer algún chequeo, y por ende, tienen disposición para que podamos examinarlos”<sup>417</sup>.

Según los resultados arrojados por los padres de familia entrevistados para esta investigación, el correspondiente al número 14 evidencia que: “El personal sanitario presta singular atención a los niños. Hay enfermeras muy pendientes de los medicamentos, de tomarles la temperatura. Sin embargo, hay unas que ponen problema en las visitas y por algunos objetos que traemos al hospital”<sup>418</sup>. Este argumento pone en manifiesto una vez más que, según el personal de salud y según los familiares de los niños hospitalizados, el cuerpo médico del pabellón de pediatría del Hospital Universitario de Santander tiene una actitud positiva, disposición e interés al momento de interactuar con los actores sociales más pequeños de esta esfera.

Y quizá son estos elementos los que permiten que seguidamente, se brinde una atención oportuna en el servicio de hospitalización. Si se desglosa el término, es posible encontrar que, según la fundación Hospinino de Argentina<sup>419</sup>, se usa el vocablo ‘atención’, en el sentido de ‘tender hacia’, pero también pensando en atención como cuidado, como medio facilitador -basado en el pensamiento de Winnicott<sup>420</sup> del libro ‘La naturaleza humana’-, como sostén de las funciones parentales. Trayendo a colación la definición básica de atención, se encuentra que según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, la define como “la asistencia médica inicial que recibe un paciente y como la acción de acoger

---

<sup>417</sup> ENTREVISTA con enfermera del Hospital Universitario de Santander. Op. cit., [Ver anexo No. 4].

<sup>418</sup> ENTREVISTA con el familiar de paciente hospitalizado en el Pabellón de Pediatría del HUS. Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 14].

<sup>419</sup> Fundación Hospinino. [PDF en línea]. Disponible en:<  
<http://www.fundacionhospinino.com.ar/archivos/centroActividades.pdf>> [citado el 8 de abril de 2013]. p.1.

<sup>420</sup> WINNICOTT Woods, Donald. Célebre pediatra, psiquiatra y psicoanalista inglés. Centró sus estudios en la relación madre-lactante y la evolución posterior del sujeto -niño- a partir de una relación.

favorablemente algo o a alguien”<sup>421</sup>. De igual manera, según el filósofo estadounidense y fundador de la psicología funcional, William James<sup>422</sup>, la atención parte fundamentalmente de las causas que proceden del propio sujeto. Es la motivación interna lo que activa nuestra atención hacia un objeto determinado. Según la clasificación que James hace de los tipos de atención, podemos inferir que para el caso de estudio, la más pertinente es que se entiende por activa y voluntaria. “Es atención activa y voluntaria cuando se orienta y proyecta mediante un acto consciente, volitivo y con un fin de utilidad práctica y en su aplicación buscamos aclarar o distinguir algo”<sup>423</sup>. Para mantener la atención voluntaria en situaciones que nos interesan, pero que también nos fatigan, con frecuencia hay que recurrir a la fuerza de voluntad, disposición y/o actitud. Revisando el otro término, oportuna, se infiere que tiene una relación estrecha con lo planteado porque se refiere a “algo que se hace o sucede en tiempo a propósito y cuando conviene”<sup>424</sup>. Tal es el caso en lo expresado por el personal de salud que, es válido afirmar que de manera consciente este actor social centra y ofrece atención oportuna y voluntaria a los pacientes y/o familiares.

Sin embargo, si se cambia el punto de vista y dejamos a un lado lo expresado por los entrevistados, y nos remontamos a lo apreciado en los métodos de observación aplicados al personal de salud, podemos observar cierta disparidad. Si bien se dijo que por parte del cuerpo médico había una actitud positiva en el momento de entrar en contacto con los otros actores sociales, la investigación también arroja focos distintos. Por un lado, según lo registrado en los métodos, se observa que el personal de salud se muestra muy distante de la terapia de la risa y esquivos con los voluntarios. No tienen una actitud positiva con los clowns<sup>425</sup>. De igual forma, el contacto que se establece entre estos dos es muy poco ya que no se dirigen a ellos durante la terapia, ni con palabras ni con risas. Vale la pena

---

<sup>421</sup> REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Banco de datos (CORDE) [en línea]. Disponible en: <www.rae.es> [citado el 10 de abril de 2013] .

<sup>422</sup> Definición de atención. Disponible en: < http://definicion.de/atencion/ >[citado el 10 de abril de 2013].

<sup>423</sup> JAMES, William. Un universo pluralista. Filosofía de la experiencia. Buenos Aires: Cactus. 2009. p.24.

<sup>424</sup> REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Banco de datos (CORDE) [en línea]. Disponible en: <www.rae.es> [citado el 12 de abril de 2013]

<sup>425</sup> MÉTODO DE OBSERVACIÓN. Antes de la terapia en el Hospital Universitario de Santander (HUS). Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 23].

resaltar que sólo se registra interacción cuando un *clown* se dirige personalmente a alguna enfermera. No obstante, se aprecia que la actitud de la enfermera cambia la actitud positiva que traía al entrar en contacto con el *clown*. Lo anterior se evidencia en la contundencia de respuesta del personal médico que no deja espacio para una mayor interacción con el *clown*<sup>426</sup>.

De igual manera, si se conserva el punto de vista y se retoma el caso de la relación entre el personal de salud y los pacientes, es posible encontrar que la interacción entre estos actores es poca puesto que “con los pacientes también se presenta poca comunicación. La relación con estos últimos se centra en la revisión de signos vitales, administración de los medicamentos, revisión de las medidas de control”<sup>427</sup>. “Con los pacientes el personal de salud se limita a revisiones de turno y exámenes de rutina. Abandona la conversación tan pronto termina la revisión”<sup>428</sup>, según se registró en los métodos de observación. Lo anterior denota que, paralelamente a la disposición que dice tener el personal de salud al momento de entablar una relación con los actores, existe a su vez, parte de la población y de situaciones en que la falta de interacción entre los actores, por iniciativa del cuerpo médico, genera relaciones y representaciones interpersonales distantes. El método aplicado también evidencia que en su discurso, las enfermeras son muy puntuales<sup>429</sup>. De alguna manera, esta puntualidad evita que entre los actores - padres y personal médico-, la conversación pueda profundizarse y se quede meramente en lo necesario sobre el paciente.

Por esta razón, para poder entender la parte negativa de este término, vale la pena dejar en claro su significado. Según Beláustegui<sup>430</sup>, se entiende por representaciones interpersonales (RIntp) la relación de representación y actitud.

---

<sup>426</sup> MÉTODO DE OBSERVACIÓN. Después de la terapia en el Hospital Universitario de Santander (HUS). Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 24].

<sup>427</sup> MÉTODO DE OBSERVACIÓN. Antes de la terapia en el Hospital Universitario de Santander (HUS). Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 23].

<sup>428</sup> MÉTODO DE OBSERVACIÓN. Antes de la terapia en el Hospital Universitario de Santander (HUS). Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 24].

<sup>429</sup> MÉTODO DE OBSERVACIÓN. Antes de la terapia en el Hospital Universitario de Santander (HUS). Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 23].

<sup>430</sup> BELÁUSTEGUI, Gustavo Daniel. Representaciones Interpersonales. Imágenes y huellas del self. Segunda edición. Buenos Aires, Argentina: Universidad Católica de Argentina. 2010. p.125.

Todo lo concerniente a la naturaleza cognitivo-emocional y a la intencionalidad, finalidad subjetiva y objetiva. Es decir que las representaciones sociales interpersonales son una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. Entonces, al tener poca intencionalidad de promover y establecer una relación o comunicación, difícilmente se logrará establecer vínculos con los dos actores sociales implicados (pacientes/familiares y voluntarios). Por esta razón, la actitud que tenga el personal de salud es fundamental para posibilitar la creación de una relación interpersonal elemental –aquella que se efectúa entre dos personas- y el grado de interacción que se logre.

Dicho de otra manera, según lo expresa el entrevistado número 5 del grupo de cuerpo médico: “Se trata de crear un vínculo muy cercano con los niños y los papitos para que ellos me traten bien y me tengan confianza”<sup>431</sup>. Necesariamente, esto permite inferir que el personal de salud tiene iniciativa y disposición al momento de relacionarse y logra que el contacto vaya más allá de lo elemental -revisión médica- y se estrechen cada vez más los vínculos existentes. “Los trato con mucho cariño para que ellos me acepten, no como el rol que estoy desempeñando en el hospital, sino como persona, como alguien más que quiere ayudarlos”<sup>432</sup>, agregó un integrante del cuerpo médico. Así, la relación o comunicación interpersonal que se logra entre los actores de la esfera social que nos compete –Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander- se hace cada vez más fuerte, teniendo en cuenta la frecuencia con que el cuerpo médico visita cada habitación del pabellón diariamente. Entonces, si bien es cierto que el número de encuentros entre actores es alto debido a la revisión constante del estado del paciente, suministro de medicamentos y demás, y basándonos en lo expresado en las entrevistas y métodos de observación se puede decir que en la mayoría de los casos –desde el punto de vista del personal de salud- se

---

<sup>431</sup> ENTREVISTA con practicante de enfermería del Hospital Universitario de Santander. Op. cit., [Ver anexo No. 5].

<sup>432</sup> ENTREVISTA con camillero del Hospital Universitario de Santander. Op. cit., [Ver anexo No. 7].

presentan espacios para la formulación de buenas relaciones interpersonales dentro del contexto social expuesto.

Si bien es cierto que a lo largo de este ítem se presentaron diferencias en las argumentaciones, dependiendo del punto de vista del que se enunciaba, vale la pena aclarar que las comunicaciones y relaciones interpersonales pueden variar entre otras cosas, “en términos de la direccionalidad (uni o bidireccional), comunalidad del código (nula, parcial, total), finalidad (información, afecto, juego), el grado de interacción (superficial, profundo), la duración (temporal, permanente), la novedad”<sup>433</sup>.

De esta manera, el contexto en el cual se realiza el acto comunicacional y la actitud expresada y adoptada por el cuerpo médico –en este caso- modula los distintos aspectos. Así que, de manera concluyente, a pesar que en las horas de la mañana el personal de salud se muestra activo, alegre, dispuesto a relacionarse con los pacientes, y a entablar conversaciones un poco más profundas con los mismos, se hace evidente la necesidad de que esta conducta sea permanente. Debe darse así, en el mismo grado de intensidad, actitud y relación en todas las horas del día con todos los actores implicados.

De esta forma, se puede concluir que la interacción social constituye una intrincada red de vínculos entre los actores, comportamientos que manifiestan distintos estados internos, propósitos individuales se unen a los colectivos para hacer relaciones múltiples que conforman patrones específicos de interacción: cooperación, solidaridad, conexión. Así, finalmente, la interacción social que ocurre entre dos o más personas tiene un lugar físico determinado, para este caso, el Pabellón de Pediatría del HUS. En este intervienen múltiples factores que constituyen un contexto social. Dicho esto, se hace vital resaltar la importancia de la disposición y actitud positiva que debe tener todo interlocutor. Para que la interacción sea un proceso dinámico, “debe adoptar distintas formas de

---

<sup>433</sup> SANTORO, Eduardo. Efectos de la comunicación. EQ: Primera parte. La comunicación. 1 ed. Quito: Ediciones CIESPAL, 1986. p. 59.



comunicación, acciones que se suceden unas a otras, conformando así, patrones continuos y cambiantes de producción y recepción de símbolos a intenciones”<sup>434</sup>. De esta manera se logra establecer verdaderos vínculos entre los sujetos del pabellón y por ende, la formulación de nuevas relaciones interpersonales de comunicación.

### **3.3 HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA COMUNICACIÓN HUMANA: VALORES, ACTITUDES Y COMPETENCIAS COMUNICATIVAS**

#### **3.3.1 Actitudes y valores del personal de salud del Pabellón de Pediatría del HUS**

En lo que respecta a la comunicación, teóricos han postulado mecanismos innatos de respuestas expresivas, de tipo racional, de interacción afectiva entre otros. A su vez, se han aislado constantes universales a nivel del lenguaje, cultura, lingüísticos, expresivos que servirían como evidencia para aceptar la idea de que existen pautas comunicacionales determinadas en los seres humanos. Como también es cierto que sobre ellos se construyen sistemas aprendidos de comunicación, utilizados por los humanos para la emisión y el intercambio de mensajes –codificados- específicos para cada grupo social o comunidad.

Se ha hecho referencia de los conceptos de comunicación que a través de la historia han sufrido transformaciones y reformulaciones; de los elementos que se necesitan para que se de comunicación entre los interlocutores; y adicionalmente, se han resaltado los beneficios del establecimiento de relaciones o comunicaciones entre actores sociales. Quizá la característica básica que más interesa para la investigación es la de carácter social. La capacidad del hombre de crear, producir y transformar la realidad comunicativa. El ser humano crea cultura a partir de los códigos y recursos que utiliza para la formulación de las relaciones interpersonales y/o grupales.

---

<sup>434</sup> SANTORO. Op. cit., p. 272.

En este aparte del capítulo se hablará entonces de aquellos elementos –internos y externos- que son fundamentales para lograr comunicaciones fluidas y establecer relaciones y vínculos con los diferentes actores involucrados en una esfera social. La importancia de eso radica en que “el hombre es capaz de generar lenguajes artificiales, crear símbolos de manera ilimitada, comunicarse sobre la comunicación, extender el poder de su organismo para la recepción, transmisión o almacenamiento de información. En fin, el hombre como productor de cultura es creador permanente de comunicación”<sup>435</sup>.

Si bien es cierto que se han descrito las relaciones que se entablan entre los actores comprometidos, los elementos que posibilitan comunicación entre los mismos -desde el enfoque interno, actitud-, ahora resulta vital complementar esta idea partiendo de qué elementos o capacidades tiene el personal de salud del pabellón de pediatría del HUS, al momento de entrar en contacto con los pacientes y sus familiares. Lo anterior se conoce con el término de competencias comunicativas y es entendido como “el conjunto de habilidades o capacidades -elementos de comunicación- que posibilita una participación apropiada en situaciones comunicativas específica”<sup>436</sup>. Oscar Darío Ruíz Henao<sup>437</sup>, expone que las competencias comunicativas no pueden ser sólo entendidas como aquellos actos de habla que se formulan de manera correcta. Sino que implica el manejo y apropiación de diversos recursos que tiene el ser humano para lograr una comunicación eficaz, y por ende, el establecimiento de una relación interpersonal o un vínculo con otros actores sociales.

Sin embargo, para que la comunicación sea posible, antes de tener o no las capacidades de expresarse de manera clara, debe haber interés y/o disposición por parte del interlocutor principal -en este caso el personal de salud- en que esa comunicación se de. Así, el querer ‘ser entendido’ contribuye a que la persona

---

<sup>435</sup> SANTORO. Op. cit., p. 55.

<sup>436</sup> LOZANO. Op. cit., Disponible en: [http://www.anuies.mx/servicios/p\\_anuies/publicaciones/revsup/res053/txt4.htm](http://www.anuies.mx/servicios/p_anuies/publicaciones/revsup/res053/txt4.htm) [citado el 13 de abril de 2013].

<sup>437</sup> RUIZ. Op. cit., p. 35.

utilice todas las herramientas posibles para poder que esto suceda sin mayores complicaciones.

Así las cosas, las entrevistas realizadas a los padres y familiares de los pacientes, se convierten en un termómetro que nos sirve para saber cómo está el cuerpo médico en materia de interés y/o disposición al comunicarse. Según lo expresa un padre de familia acompañante: “Antes de la terapia de la risa los médicos o enfermeras se acercan a los niños para tomar los signos vitales y revisar que todo esté en orden. Algunos proceden en forma de juego o de manera cariñosa”<sup>438</sup>. Lo anterior denota que parte del personal tiene buena disposición al entrar en contacto con los niños y evidencia que identifica los puntos fuertes por donde puede hacer más cercana la comunicación, por lo cual se infiere que es de su interés que tanto los pacientes como los familiares le entiendan. Una evidencia de esta posición es lo observado en uno de los métodos de observación aplicados en donde se registró que parte del personal del pabellón que es muy amable, juguetón con los niños y conversador con los familiares de los pacientes y con sus mismos compañeros de trabajo<sup>439</sup>.

De esta forma, se deriva el término valores, entendido como “las convicciones profundas de los seres humanos que determinan su manera de ser y orientan su conducta”<sup>440</sup>. También, se concibe que los valores, las actitudes y la conducta están relacionados. “Los valores son creencias o convicciones de que algo es preferible y digno de aprecio. Una actitud es una disposición a actuar de acuerdo a determinadas creencias, sentimientos y valores. A su vez las actitudes se expresan en comportamientos y opiniones que se manifiestan de manera espontánea”<sup>441</sup>. Sin embargo, si se focalizan los postulados anteriores al foco de estudio, se encuentra que, según el método de observación número 2, 4 y 3, aplicados durante la terapia de la risa dada por los voluntarios de la Fundación

---

<sup>438</sup> ENTREVISTA con Gladys Ester Caro. Op. cit., [Ver anexo 15].

<sup>439</sup> MÉTODO DE OBSERVACIÓN. Antes de la terapia en el Hospital Universitario de Santander (HUS). Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 23].

<sup>440</sup> Fundación Televisa. ¿Qué son los valores? Definición de valores. Disponible en: <http://www.fundaciontelevisa.org/valores/que-son-los-valores/> [citado el 21 de abril de 2013].

<sup>441</sup> Ibid., Disponible en: <http://www.fundaciontelevisa.org/valores/que-son-los-valores/> >

Corazón en Parches, “casi no se evidencia disposición por parte del personal. Es distante, le falta integración y generar confianza entre los actores”<sup>442</sup> (Ver anexo No.2) ; “en algunas ocasiones el personal del cuerpo médico es cordial y abierto con los familiares y pacientes. En la mayoría de los casos es necesario reforzar las competencias comunicativas”<sup>443</sup>(Ver anexo No.4); “algunas enfermeras evidencian tratos amables, cordiales y cariñosos con los pacientes”<sup>444</sup> (Ver anexo no.3), respectivamente.

Es claro que en su totalidad, el personal de salud del pabellón de pediatría del Hospital Universitario de Santander, no presenta evidencia de tener la misma disposición al relacionarse con los pacientes, aunque es claro también, que algunos de ellos logran establecer un ambiente dinámico gracias a las actitudes que en la investigación se entienden como valores.

Varios actores de este grupo argumentan que:

“Los familiares de los niños son muy colaboradores y por ende, la forma de retribución es con respeto mutuo. A nosotros como médicos se nos hace, tal vez, más fácil trabajar con niños afectados de salud, muchos con enfermedades terminales, y por eso considero que es mejor no relacionar los casos con la vida privada porque los casos son tan duros que tocan fibras. En ocasiones en que los niños tienen enfermedades terminales nos toca, como decimos coloquialmente, ‘hacer de tripas corazón’”<sup>445</sup>.

Cambiando el foco y se centrando la atención en los voluntarios de la Fundación Corazón en Parches, se encontró que las cualidades que más resaltan los padres de familia al momento en que estos llegan a las habitaciones, apuntan a aspectos

---

<sup>442</sup> MÉTODO DE OBSERVACIÓN. Durante de la terapia en el Hospital Universitario de Santander (HUS). Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 24].

<sup>443</sup> MÉTODO DE OBSERVACIÓN. Durante de la terapia en el Hospital Universitario de Santander (HUS). Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 24].

<sup>444</sup> MÉTODO DE OBSERVACIÓN. Antes de la terapia en el Hospital Universitario de Santander (HUS). Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 23].

<sup>445</sup> ENTREVISTA con la Jefe de enfermeras del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario del HUS. Op. cit., [Ver anexo No. 2].

positivos y necesarios cuando se pretende comunicar. Así, un padre de familia destaca “la humildad, el carisma y las ganas de hacer de todo”<sup>446</sup>, lo cual devenga valores y resalta el compromiso de lograr conexión que sienten los *clown* al momento de entrar en contacto con los demás actores sociales. A su vez, “expresan el interés que tienen en centrar su atención en los pacientes. Son muy cariñosos y bastante comprensivos con los niños, además, en todo el tiempo que están en terapia se meten en su rol de niños”<sup>447</sup>, según lo expresa otro padre de familia. De esta manera logran que haya mayor acercamiento entre actores y de alguna manera se logra un mayor grado de representación interpersonal.

Algo importante para agregar en este punto es lo que Jean Perner denominó relación de representación que “establece un nexo entre un medio representacional y de contenido de la representación: las representaciones representan algo en tanto una cierta manera de ser”<sup>448</sup>. Por esto, podría proponerse que la relación de representación sería un injerto conceptual de suma utilidad, pues en ella podría estudiarse la actitud del sujeto ante las relaciones siempre cambiantes en donde no hay unanimidad, o tendencia de interés y actitud positiva por parte del personal médico al entrar en contacto con los pacientes y que por el contrario, sí se presenta con frecuencia en el actor social voluntario *clown*.

Sin embargo, pueden advertirse cambios de actitud de cualquiera de los actores de la esfera social del Pabellón de pediatría del HUS, en una doble producción; por una parte, del entrono físico y, por otra, de las interacciones personales. Algunos de ellos son los cambios producidos en el interior del actor con el compromiso directo de las reacciones corporales que se traducen luego en reacciones afectivas y/o emocionales, y por ende, gestuales.

---

<sup>446</sup> ENTREVISTA con padre de familia del Pabellón de Pediatría del HUS. Op. cit., [Ver anexo No. 17].

<sup>447</sup> Ibid., [Ver anexo No. 17].

<sup>448</sup> BELÁUSTEGUI. Op. cit., p. 288.

Si se tiene en cuenta la disposición, que desde su papel como *clown*, tiene el voluntario de adquirir las características y actuar como un niño en el momento de la terapia –único espacio de contacto con los pacientes/familiares-, es posible afirmar que esa adaptación, esa apropiación del papel tiene como fin principal buscar más cercanía con el paciente. Esto posibilita que el paciente no vea entrar a un adulto convertido en *clown*, sino a un niño así como él. Necesariamente el vínculo que se crea en primera instancia es emocional.

Según lo expresa Beláustegui en su libro ‘Representaciones sociales’, “cuando los argumentos que utilizamos los usamos para crear en nuestra audiencia determinados sentimientos o emociones, produciendo respuestas de agrado/desagrado o atracción/repulsión, hablamos de mensajes emocionales”<sup>449</sup>.

Por lo cual, “la afectividad y la emocionalidad constituyen el engranaje de la mente que sostiene los contenidos”<sup>450</sup>, razón que evidencia que no hay mejor forma de lograr conexión entre los actores *clown*-pacientes y *clown*-familiares, que la identificación mediada por los mensajes emocionales y sensaciones cercanas.

Dicho esto, no se pretende que el personal de salud cambie necesariamente su accionar frente a los pacientes adoptando papel de niño, sino que modifique la manera de abordar a los pacientes intentando entablar una conexión con este actor y sus familiares. La importancia de esto radica en que la representación interpersonal (RI<sub>ntp</sub>), de naturaleza cognitivo-emocional, permite que el niño paciente se sienta identificado y/o representado en ese niño *clown* con el que está teniendo contacto. Sólo de esta forma se consigue que el paciente se sienta simulado y por ende intencionalidad cambie, y permita que los vínculos que se creen con lo voluntarios sean mucho más estrechos que con el personal de salud que lo atiende diariamente.

---

<sup>449</sup> BELÁUSTEGUI. Op. cit., p. 56.

<sup>450</sup> Ibid., p. 101.

Una vez los niños comienzan a representarse (formar modelos) “tienen ya una interpretación y son capaces para concebir interpretaciones alternativas, pues la capacidad para concebirlas es la marca distintiva de la creación de modelos”<sup>451</sup>. De esta representación se deriva la receptividad que los actores tienen frente a este personaje ya que la actitud de los padres y familiares de los pacientes también cambia casi de inmediato al ver a los *clown* en los pasillos. Adicionalmente, los niños del pabellón se muestran ansiosos por jugar e interactuar con ellos<sup>452</sup>, según se registró en los métodos de observación.

Haciendo referencia a la definición básica del término receptividad, encontramos que se entiende como “la capacidad de una persona para recibir estímulos exteriores”<sup>453</sup>. También se concibe como “capacidad de reacción ante los estímulos o sensaciones”<sup>454</sup>. De esta manera se puede determinar que si se logra una conexión con el sujeto, probablemente la reacción sea positiva frente al estímulo comunicacional que está emitiendo el actor *clown* o cuerpo médico.

La receptividad se constituye entonces como un elemento importante en el establecimiento de las relaciones y representaciones interpersonales porque en todo grupo humano “la comunicación se constituye un vínculo de cohesión entre sus miembros y en instrumento de desarrollo y de subsistencia de la misma sociedad o grupo social”<sup>455</sup>. Dentro de ésta, “el lenguaje se nos ofrece no sólo como excelente medio de comunicación, sino también como herramienta poderosa que adquiere el hombre para conocer y aprender la realidad por la representación simbólica, canalizar la expresión de sus necesidades, afectos y experiencias, establecer relaciones socio-culturales”<sup>456</sup>.

---

<sup>451</sup> PERNER, J. Understanding the representational mind. Massachusetts Insitute on Technology. (Traducción al Castellano. Galmarini, M.A). Comprender la menta representacional. Madrid. Editorial Paídos. 1992. P. 103.

<sup>452</sup> MÉTODO DE OBSERVACIÓN. Durante de la terapia en el Hospital Universitario de Santander (HUS). Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 24].

<sup>453</sup> REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Banco de datos (CORDE) [en línea]. Disponible en: <www.rae.es> [citado el 25 de abril de 2013].

<sup>454</sup> Definición de receptividad. Disponible en: <<http://www.wordreference.com/definicion/receptividad>> [citado el 25 abril de 2013].

<sup>455</sup> MILLER. Op. cit., p. 84.

<sup>456</sup> NIÑO. Op. cit., p. 37.

### 3.4 HABILIDADES COMUNICATIVAS DEL CUERPO MÉDICO

Dejando a un lado el tema de los voluntarios de la Fundación Corazón en Parches, y volviendo netamente al grupo social del cuerpo médico, nos centraremos entonces en aquellos elementos que ayudan a estrechar los lazos en las comunicaciones. Ya se ha dicho que a este grupo de actores sociales les hace falta promover en sí mismos valores y actitudes positivas que posibiliten la formulación de una interacción. Ahora, se mirará qué tantas herramientas de comunicación emplean para fortalecer dicha conexión, es decir, qué capacidades y competencias comunicativas tiene el personal de salud en una interacción.

Según lo expresa Fernando Gómez, Jefe del Departamento de Comunicaciones de la Clínica Foscal, las competencias comunicativas “tienen que ver con la oralidad de la persona, con su capacidad de expresarse bien, de manera clara y concreta. De manejar un discurso acertado para el público que tenga y el momento y contexto en que se desenvuelva”<sup>457</sup>. Es aquí precisamente en donde se analizan las competencias comunicativas del cuerpo médico en la esfera pabellón de pediatría al momento de interactuar con los actores directamente implicados, pacientes y sus acompañantes. Esto infiere la necesidad que debe ser para el personal de salud, agregar a su atención la expresividad.

Este término es considerado como la “capacidad para manifestar con viveza sentimientos o pensamientos”<sup>458</sup>, es decir, es la manera como un interlocutor emite información de manera clara. En este caso, la comunicación se convierte en intencional y “se aplica a la función del lenguaje que refleja la actitud subjetiva del hablante”<sup>459</sup>. De esta manera es preciso afirmar que:

---

<sup>457</sup> ENTREVISTA con Fernando Gómez. Op. cit., [Ver anexo No. 21].

<sup>458</sup> Academic. Enciclopedia y diccionario académico. Definición de expresividad. Versión On Line. Disponible en: [http://www.esacademic.com/dic.nsf/es\\_mediclopedia/36225/expresividad](http://www.esacademic.com/dic.nsf/es_mediclopedia/36225/expresividad) [citado el 15 de abril de 2013].

<sup>459</sup> FRÍAS CONDE, Javier. Introducción a la Lingüística. En: Revista I anual. Revista Philologica Romanica. Suplemento 1. 2000. Versión OnLine. Disponible en: <http://www.romaniaminor.net/ianua/sup/sup01.pdf> > [citado el 17 de abril de 2013].



“El enfoque comunicativo aborda la competencia comunicativa como el conjunto de habilidades o capacidades que posibilita una participación apropiada en situaciones comunicativas específicas. Consiste en cumplir con los propósitos de la comunicación personal; esto es, lograr lo que se quiere o necesita y hacerlo dentro de lo socialmente aceptable (sentido y coherencia)”<sup>460</sup>.

A su vez, “implica disposición y actitud para que el acto comunicativo se realice y posibilite construir acuerdos, consensos, encontrar nuevas ideas con otros y establecer relaciones de cooperación transparentes y sinceras, etc.”<sup>461</sup>.

Desde los enfoques propios del funcionalismo lingüístico, se denomina competencia comunicativa a la “capacidad de hacer bien el proceso de comunicación, usando los conectores adecuados para entender, elaborar e interpretar los diversos eventos comunicativos, teniendo en cuenta no sólo su significado explícito o literal, lo que se dice, sino también las implicaciones, el sentido explícito o intencional, lo que el emisor quiere decir o lo que el destinatario quiere entender”<sup>462</sup> Es decir, el término se refiere también, a las reglas sociales, culturales y psicológicas que determinan el uso particular del lenguaje en un momento dado, para nuestro caso en relación médico-paciente.

Sin embargo, si se lleva de la teoría a la práctica, se puede apreciar que la situación cambia de manera contundente. Una evidencia de ello es el testimonio del Comunicador Social de la Foscál, quien argumenta que al personal médico en general, no sólo de una entidad en específico: “Poco se preocupa por tener una habilidad comunicativa que les permita ser claros en sus intervenciones, sino que por el contrario, se preocupan más por el ejercicio de su profesión”<sup>463</sup>.

---

<sup>460</sup> LOZANO. Op. cit., Disponible en : <[http://www.anui.es.mx/servicios/p\\_anui.es/publicaciones/revsup/res053/txt4.htm](http://www.anui.es.mx/servicios/p_anui.es/publicaciones/revsup/res053/txt4.htm)>

<sup>461</sup> RUÍZ. Op. cit., p. 42.

<sup>462</sup> Diccionario de términos clave ELE. Centro virtual Cervantes. Fecha de consulta: 20 abril de 2013. [http://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca\\_ele/diccio\\_ele/diccionario/competenciacomunicativa.htm](http://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/diccio_ele/diccionario/competenciacomunicativa.htm)

<sup>463</sup> ENTREVISTA con Fernando Gómez. Op. cit., [Ver anexo No. 21].

Al respecto, considera a su vez que este desinterés no es necesariamente una construcción propia e individual, sino que va influenciada por lo que ven desde la academia. Por tal efecto, de parte de las entidades de salud tampoco se ve mucho interés en contribuir al fomento del desarrollo de las competencias comunicativas del cuerpo médico, aunque reconozcan la importancia de este aspecto en el accionar comunicacional. “No es prioritario para las clínicas analizar a profundidad este tipo de situaciones o evaluar la calidad de las comunicaciones. Se da por sentado que todo profesional tiene las competencias necesarias, las capacidades suficientes para desenvolverse, pero en muchos casos, la situación es diferente”<sup>464</sup>.

Sumado a esto, de acuerdo a la esfera social que compete a la investigación, Sebastián Gonzales, Comunicador organizacional de la Clínica Materno Infantil San Luis comenta que el personal de salud en general presenta dificultad en el manejo de competencias comunicativas al momento de interactuar con sus pacientes y familiares. “Una de las principales debilidades que uno observa en el personal de salud es que las cuenta mucho bajar la información a un nivel básico de entendimiento. Cuando tú hablas con el médico te das cuenta que el lenguaje que usa para explicarte algo es muy alto, muy técnico, muy cerrado y específico”<sup>465</sup>.

En consideración con las implicaciones que pueda sufrir una relación, la interacción social se ve afectada porque aparece de entrada, como un proceso de comunicación que permite la transferencia de información en todas las formas posibles. “La lingüística ha contribuido a potenciarlo afirmando que no existe comunicación sin un código común al emisor y al receptor, es decir, un proceso de codificación y descodificación”<sup>466</sup>. Así que, si los códigos no son entendidos por

---

<sup>464</sup> ENTREVISTA con Fernando Gómez. Op. cit., [Ver anexo No. 21].

<sup>465</sup> ENTREVISTA con Sebastián Gonzáles, Comunicador Social de la Clínica Materno Infantil San Luis. Bucaramanga, 25 de Agosto de 2012. [Ver anexo No. 20].

<sup>466</sup> LOMAS, Carlos. OSORO, Andrés Y TUSÓN, Amparo. Ciencias del lenguaje, competencia comunicativa y enseñanza de la lengua. Barcelona: Paidós, 1993. p.42.

todos los sujetos presentes, difícilmente se pueda dar una comunicación fluida. Subraya además que el lenguaje no es sólo la transmisión de informaciones, sino también la elaboración y el reparto de significaciones en un contexto portador de sentido.

No obstante, es relevante tener en cuenta algunos de los elementos que al no ser aplicados por un actor social en determinada esfera, impiden que aprovechen las habilidades comunicativas que por excelencia tenemos los seres humanos: hablar, leer, escribir, gestualidad, atender, entre otras. La fuente de las dificultades para comunicarse es también el motivo por el que nos interesa comprender.

Dicho esto, según Daniele Novara y Elena Passerini, en su libro Educación Socioafectiva, expresan “cinco apartados que ayudan a crear una mejor comunicación:

1. Saber escuchar.
2. Expresarse claramente.
3. Comprender y emplear el lenguaje no verbal.
4. Saber debatir juntos.
5. Metacomunicación<sup>467</sup>.

Y es tal vez la aplicación de estos elementos los que pueden llegar a determinar si en una interlocución se están aprovechando todos los recursos comunicativos que desde la infancia, los seres humanos van adquiriendo y desarrollando.

Paralelamente, se va aumentando la capacidad relacionada con el hecho de saber cuándo podemos hablar o cuándo se debe callar, y también sobre qué hacerlo, con quién, dónde, para qué y en qué forma<sup>468</sup>. Es decir, desde niños “adquirimos un conocimiento no sólo de la gramática de nuestra lengua materna sino que

---

<sup>467</sup> NOVARA, Daniele. PASSERINI, Elena. Educación Socioafectiva. 150 actividades para conocerse, comunicarse y aprender de los conflictos. Capítulo 2: comprenderse y hacerse comprender. Cuarta edición. Madrid, España: Narcea S.A. p.58.

<sup>468</sup> Ibid., p. 59.

también aprendemos sus diferentes registros y su pertinencia; somos capaces de tomar parte en eventos comunicativos y de evaluar la participación nuestra y la de los otros”<sup>469</sup>.

Sobre la base de las ideas expuestas, el comunicador social de la Foscal agrega que “la comunicación es un factor importante, no solo en la vida del profesional, sino del ser humano. En la relación médico-paciente, el departamento de comunicaciones no interviene, pues se considera que el establecimiento de una interacción obedece directamente, a una habilidad comunicativa que tiene cada profesional de la salud de cualquier clínica o entidad de salud”<sup>470</sup>.

Si bien es cierto que el cuerpo médico presenta inconvenientes con el aprovechamiento de las habilidades comunicativas según se evidencia en los testimonios de los familiares de los pacientes, quienes afirman que “las enfermeras hablan suave, de manera que uno entienda. El panorama cambia cuando el que entra a hacer el chequeo es un médico porque ellos sí utilizan un lenguaje muy complejo, teniendo en cuenta que la mayoría de las personas que recurrimos al hospital ni siquiera tenemos formación superior”<sup>471</sup>.

A pesar de esto, vale la pena resaltar que “ los médicos vienen todos los días al pabellón, revisa la situación con otros médicos y luego de eso, se acerca e intenta explicarme lo que habló con los otros especialistas, el procedimiento a seguir, cómo va la evolución, qué exámenes necesita el niño, entre otros<sup>472</sup>”, afirmó el padre entrevistado. Por ello se hacen necesario que así como parte del cuerpo médico intenta darse a entender, no exonera que todo el cuerpo médico deba saber comunicarse con lo demás para que las relaciones sean mejores.

---

<sup>469</sup> RINCÓN CASTELLANOS, Carlos Alberto. Unidad 11: La competencia comunicativa .Medellín: Editorial Universidad de Antioquia. p.100. [PDF en Línea]. Disponible en: <<http://aprendeonline.udea.edu.co/boa/contenidos.php/cb10887d80142488399661377b684b60/511/1/contenido/capitulos/Unidad11CompetenciaComunicativa.PDF>>[citado el 24 de abril de 2013].

<sup>470</sup> ENTREVISTA con Fernando Gómez. Op. cit., [Ver anexo No. 21].

<sup>471</sup> ENTREVISTA con padres de pacientes hospitalizados en el Pabellón de Pediatría del HUS. Op. cit., [Ver anexo No. 17.]

<sup>472</sup> Ibid., [Ver anexo No. 17].

De esta manera, es fundamental la utilización de las Competencias Comunicativas como conjunto ya que, como se ha dicho anteriormente, permiten participar activamente con eficiencia y destreza en todas las esferas de la comunicación y la sociedad humana. “A medida que adquirimos herramientas y experiencia, para el respectivo despliegue de nuestras competencias comunicativas, el ejercicio auténtico de la producción discursiva y la interacción comunicativa, se dará de manera clara, oportuna y precisa, entre las sociedades que favorezcan su desarrollo”<sup>473</sup>.

Tal es el caso de la esfera social que corresponde a esta investigación, y tal es la importancia de un buen desempeño comunicativo en las interacciones -debido a la complejidad de los temas tratados en donde todo gira en torno a la salud-, que no basta con dar respuesta a lo que les compete como enfermeras y dejar en espera las respuesta de las inquietudes de los familiares de los pacientes en caso de que, como lo afirma una enfermera del Pabellón: “Lo que no nos concierne lo dirigimos a los médicos. Eso sucede cuando preguntan cosas que uno no está autorizado a comentar”<sup>474</sup>. Lo anterior es paradójico si se tiene en cuenta que el personal que dice no estar autorizado para algunas cosas, es el que permanentemente está en contacto con los demás actores sociales, y por ende, debería ser quien tuviera la autoridad para atender cualquier inquietud, incidente y demás.

En virtud de concluir este aparte del capítulo, es claro que hablar, escuchar, leer y escribir son las habilidades del lenguaje. A partir de ellas, nos desenvolvemos en la cultura y la sociedad, y a través del desarrollo de estas habilidades, nos volvemos competentes comunicativamente.

---

<sup>473</sup> MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL. República de Colombia. Colombia aprende. La red del conocimiento. ¿Qué son las competencias comunicativas? Disponible en: <<http://www.colombiaprende.edu.co/html/competencias/1746/w3-article-243909.html>>[citado el 22 de abril de 2013].

<sup>474</sup> ENTREVISTA con enfermera del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander. [Ver anexo No. 4].

Así mismo, es importante traer a colación una definición más completa:

“El lenguaje verbal y el lenguaje no verbal (cine, música, pintura, etc.), la diversidad lingüística, la gestualidad, la emocionalidad, la comprensión de las diferencias, las semejanzas entre el habla y la escritura y el papel mediador de la lectura, se vinculan a nuestra capacidad de comprender, interpretar y elaborar contenidos comunicativos, para la interpretación del mundo, la expresión de la subjetividad y el ejercicio de nuestra ciudadanía”<sup>475</sup>.

Las competencias comunicativas comprende entonces, las aptitudes y los conocimientos que un individuo debe tener “para poder utilizar sistemas lingüísticos y translingüísticos –más allá de lo verbal- que están a su disposición para comunicarse como miembro de una comunidad sociocultural dada”<sup>476</sup>. Por ello, es indispensable que las falencias en la apropiación y desarrollo de las competencias comunicativas del personal de salud del pabellón de pediatría del Hospital Universitario de Santander, sean fortalecidas. Es claro que todos los seres humanos se comunican a través de varios medios, pero el aprovechamiento de estos medios son los que les permite hacer que los mensajes lleguen a más personas, y de la manera e interpretación que se quiere comunicar. Por ello, el desarrollo de las habilidades comunicativas debe ser consciente e intencional. Ser competente comunicativamente implica la capacidad y astucia de saber elegir el recurso por el cual transmitiremos el mensaje, los medios de apoyo que necesitamos para que éste sea asertivo y los elementos que pueden enfatizar y completar lo enunciado.

Finalmente, vale la pena resaltar que esa competencia o habilidad en comunicación a la se ha hecho referencia en todo el aparte del capítulo “es integral, puesto que también involucra actitudes, valores y motivaciones relacionadas con la lengua, con sus características y sus usos, y con los demás sistemas de comunicación en general. Naturalmente, la adquisición de tal

---

<sup>475</sup> MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL. Ibid., Disponible en: <<http://www.colombiaaprende.edu.co/html/competencias/1746/w3-article-243909.html>>

<sup>476</sup> GIRÓN, María Stella Y VALLEJO, Marco Antonio. Producción e interpretación textual. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 1992. P. 56.

capacidad debe estar ligada a una experiencia social”<sup>477</sup>, a unas necesidades, a unas motivaciones y a una acción.

### **3.4.1 Comunicación verbal y no verbal**

Una vez el ser humano llega al mundo, la comunicación (verbal y no verbal) resulta el factor más importante para determinar el tipo de relaciones que tendrá con los demás y lo que le sucederá en el mundo que lo rodea.

Por tal motivo, son fundamentales las competencias comunicativas que se utilicen en el fomento de interacciones, conexiones y comunicaciones entre los sujetos pertenecientes a una esfera social específica. La competencia comunicativa es una capacidad que comprende no sólo la habilidad lingüística, gramatical, de producir frases bien construidas y de saber interpretar y emitir juicios sobre frases producidas por el hablante- oyente o por otros. Sino que, “necesariamente, constará, por un lado, de una serie de habilidades extralingüísticas interrelacionadas, sociales y semióticas, y por el otro, de una habilidad lingüística polifacética y multiforme”<sup>478</sup>.

Esta interrelación se desarrolla en el plano social de la comunicación, a partir del ámbito semiótico que cada acción tenga en el contexto en el cual se está presentando. Al ser concebido en el plano social, relaciona directamente a la interacción. Este término es entendido como “el vínculo entre dos o más personas que adquiere innumerables formas y expresiones, por ello se debe concebir fundamentalmente multidimensional, complejas y dinámicas”<sup>479</sup>. Para tal efecto, en cada interacción es posible identificar modalidades distintas, patrones, formas de expresión, tipos de canales, entre otras.

---

<sup>477</sup> JIMÉNEZ, Javier. “Competencia lingüística y competencia comunicativa”. En: Lenguaje en acción. Medellín: Universidad de Antioquia, 1986, p. 36 - 40.

<sup>478</sup> BERRUTO, Gaetano. En: Unidad 11: La competencia comunicativa Carlos Alberto Rincón Castellanos. Medellín: Universidad de Antioquia. p.101. [PDF en Línea] . [citado el 24 de abril de 2013].

<sup>479</sup> SANTORO, Eduardo. Efectos de la comunicación. En: Quinta parte: La Comunicación interpersonal. 1 ed. Quito: Ediciones CIESPAL, 1986. p. 276.

También pueden ser categorizados bajo ópticas específicas como las siguientes:

- \*Voluntaria-involuntaria.
- \*Directa (presenta)- Indirecta.
- \*Espontánea-inducida.
- \*Formal-Informal.
- \*Explícita-Implícita.
- \*Expresiva-Utilitaria
- \*Profunda-Superficial.
- \*Eventual- Estable o permanente.
- \*Motivacional-Emocional-Cognoscitiva.
- \*Verbal-No verbal.

Las categorías muestran la gran diversidad de formas de expresión que puede adoptar la interacción entre dos personas. Estas condiciones se encuentran presentes en todas y cada una de las acciones comunicativas que desarrolla el ser humano en su naturaleza de ser social y en los procesos comunicacionales<sup>480</sup>.

De esta manera, en la interacción se utilizan elementos y códigos de comunicación verbal y no verbal que poco a poco desarrollaremos. Estos se usan con el propósito de lograr intercambios significativos mediante manifestaciones simbólicas. “El intercambio supone la conciencia, percepción y atención del otro”<sup>481</sup>. La comunicación se da cuando nuestros procesos de conocimiento se activan como resultado de un estímulo externo o por un estímulo interno que nos provoca la acción. Cuando sucede uno de estos casos, es cuando se debe decidir qué conducta comunicativa (verbal- no verbal) resulta apropiada para esta situación. Una vez decidido esto, codificamos el mensaje que queremos y transmitimos las señales resultantes y finalmente, obtenemos retroalimentación si el mensaje fue emitido de la manera más acertada.

Para pasar a explicar los elementos verbales y no verbales que el cuerpo médico del pabellón de pediatría de HUS utiliza en sus acciones comunicativas, se dará

---

<sup>480</sup> SANTORO. p. 277.

<sup>481</sup> Ibid., p. 285.



una clara y sencilla introducción de lo que ello significa. “Una señal verbal consiste en palabras y sus relaciones sintácticas, en tanto que las señales no verbales consisten en todas las demás acciones manifiestas de las que podemos extraer un mensaje. La escritura es claramente verbal; nuestra postura y acción corporal son claramente no verbales”<sup>482</sup>.

### **3.4.2 El lenguaje y la expresión verbal en las interacciones sociales**

El lenguaje es una de las diferencias que separa al hombre del resto de los animales. Todos los seres humanos hablamos, excepto que algún defecto físico nos lo impida. Nos expresamos de forma verbal por varias razones: por gusto, obligación social o por el deseo de relacionarnos con nuestros semejantes.

Como lo afirma George Borden en su libro “Introducción a la Teoría de la Comunicación Humana, “es cierto que la mayoría de las veces las personas difieren de sus interlocutores en cuanto a puntos de vista, y concluyen “las palabras no sirven para nada”. Otras veces, en cambio, hay acuerdos recíprocos y exclaman “esto sí que es hablar” o “hablando se entiende la gente”<sup>483</sup>. No podríamos decir cuál es la posición verdadera. En cambio, lo que sí se puede afirmar es que todo depende de las circunstancias. La expresión verbal, como instrumento del hombre, puede servir o estorbar, guiar o desorientar, de acuerdo con la intención y la inteligencia con que se le emplee.

Por ello se hace necesario analizar cómo están los actores sociales pertenecientes al cuerpo médico -enfermeras, médicos, auxiliares de enfermería, Jefe de enfermeras, especialistas- en el ámbito de la comunicación verbal. Para ello, se tuvo en cuenta la terminología empleada; el lenguaje técnico; distante o cercano que usa al entablar conversaciones con los pacientes –niños- y sus familiares.

---

<sup>482</sup> BORDEN. Op. cit., p. 93.

<sup>483</sup> Ibid., p.14.

En primera instancia, si nos referimos a lo expuesto por el personal de salud del pabellón, encontramos que dos entrevistados manifiestan que una de las formas de comunicación que más utilizan es la verbal. “Tratamos de hablarles cariñoso a los pacientes”<sup>484</sup>. Por su parte, el segundo entrevistado listado afirma: “Utilizar un lenguaje muy sencillo”<sup>485</sup>, lo cual genera mucha más cercanía en el lenguaje y términos empleados, y por ende, mayor receptividad por parte de los demás actores. Complementario a esto agrega que la comunicación que se establece entre el cuerpo médico- pacientes, o cuerpo médico-familiares: “Siempre es verbal. Nada de palabras técnica, todo básico”<sup>486</sup>.

Otro ejemplo significativo de traer a colación es lo expresado por la practicante de enfermería del Pabellón de Pediatría del HUS quien explica que: “La comunicación con los pacientes y papitos se basa en el uso del lenguaje, de la palabra. Cuando hago ronda y necesito suministrar un medicamento a un niño, si está despierto, saludo y comento el nombre del medicamento que voy a aplicar y sus beneficios”<sup>487</sup>. De igual manera, agrega que en situaciones en que los familiares tienen dudas frente al tratamiento del paciente: “Somos quienes primero atienden los llamados y se le explica en qué consiste. Si el familiar insiste en no entender, llamamos a la enfermera Jefe para que sea ella quien se haga cargo de la situación”<sup>488</sup>. Aunque este último testimonio infiere cierta disposición por parte del personal, se hace evidente que éste no utiliza todos los recursos que tiene a su alcance para hacerse entender frente al otro actor social que funciona como receptor.

Una vez evidenciado la situación de la comunicación verbal, desde el punto de vista del personal médico, damos paso a lo registrado en el método de

---

<sup>484</sup> ENTREVISTA con practicante de enfermería del Hospital Universitario de Santander. Op. cit., [Ver anexo No. 5].

<sup>485</sup> ENTREVISTA con practicante de enfermería del Hospital Universitario de Santander. Op. cit., [Ver anexo No. 6].

<sup>486</sup> Ibid., [Ver anexo No. 6].

<sup>487</sup> ENTREVISTA con enfermera del Hospital Universitario de Santander. [Ver anexo No. 4].

<sup>488</sup> Ibid., [Ver anexo No. 4].

observación aplicado durante la ronda de las enfermeras en las habitaciones de los pacientes. Esta podría ser una contraparte a lo expresado anteriormente porque el punto de vista cambia rotundamente. Ahora, las apreciaciones partieron de lo registrado según la aplicación de los métodos de observación mientras el cuerpo médico desarrollaba su labor rutinaria en el Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander.

Dicho esto, revisando la terminología empleada por el personal de salud es coloquial. Según lo muestran los métodos de observación, “a los niños el personal les hablan tierno, con un lenguaje muy coloquial, cotidiano. De igual manera, usan diminutivos. Las conversaciones son amenas, cariñosas, cortas y puntuales con lenguaje claro”<sup>489</sup>. Este término significa “lenguaje y palabras propio de la conversación oral y cotidiana”<sup>490</sup>. En otras palabras,

“se llama registro coloquial al empleo del lenguaje en un contexto informal, familiar y distendido. Coloquio es sinónimo de *conversación*. Por extensión, el lenguaje coloquial es el que, independientemente de la profesión o estatus social del hablante, se utiliza en la conversación natural y cotidiana”<sup>491</sup>.

De esta manera, el uso del lenguaje cercano, sin formalidades, con palabras y términos cotidianos de fácil entendimiento, hace necesariamente, que el interlocutor se haga entender por el receptor y aunque, la duración de la interacción no sea mucha, se logran establecer procesos de comunicación.

Así mismo, de manera complementaria, el primer método de observación aplicado evidencia que “la comunicación oral que establece el cuerpo médico con los pacientes es muy poca. Las enfermeras se dirigen a ellos y a los padres más que

---

<sup>489</sup> MÉTODO DE OBSERVACIÓN. Antes de la terapia en el Hospital Universitario de Santander (HUS). Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 23].

<sup>490</sup> Diccionario de idiomas. Definición de coloquial. Versión OnLine. Disponible en: <<http://www.wordreference.com/definicion/coloquial>> [citado el 26 de abril de 2013].

<sup>491</sup> Definición de coloquial. El Registro coloquial. Disponible en: <[http://www.materialesdelengua.org/LENGUA/comunicacion/variedades\\_lengua/lenguacoloquial.htm](http://www.materialesdelengua.org/LENGUA/comunicacion/variedades_lengua/lenguacoloquial.htm)> [citado el 26 de abril de 2013].

todo cuando hay que aplicar algún medicamento, explicar un tratamiento, o sobre algo referido directamente a las acciones técnicas que con que debe cumplir el sujeto en su rol de personal de salud encargado. Por su parte, otro de los métodos de observación aplicados arroja la siguiente información “el personal sanitario no sostiene largas conversaciones, por el contrario, intercambian muy pocas palabras”<sup>492</sup>.

Teniendo en cuenta las categorías de las interacciones, expuestas al inicio del presente aparte del capítulo, se puede afirmar que las relaciones generadas por el cuerpo médico son involuntarias por la periodicidad con que se presentan; directa e inducida por el contacto y presencia física que se comparte, e inducida por la manera implícita en que se determina y establece gracias al rol que desempeña en la esfera social. Por ello, es posible afirmar que también se da una comunicación y relación utilitaria, pues no trasciende ni va más allá del rol establecido. A su vez, denota que las conversaciones allí establecidas no son de carácter formal, si se tienen en cuenta los temas de las interacciones y en ocasiones, la terminología empleada en las mismas.

Una muestra de ello es lo referenciado por los métodos de observación que evidencian que “con los familiares de los pacientes la comunicación es aún más reducida, casi nula. Los papás de los pacientes solo hablan cuando quieren preguntar por algún tratamiento o medicamento, o cuando la enfermera da instrucciones sobre algún medicamento”<sup>493</sup>. Lo anterior denota que, así como se ha dicho que por parte del cuerpo médico hay poca disposición de entablar conversaciones con los pacientes y familiares, es claro que esta relación distante también es generada por parte de los últimos al no presentar intenciones de un tener un trato más cercano con el las enfermeras y médicos del Pabellón de Pediatría del HUS.

---

<sup>492</sup> MÉTODO DE OBSERVACIÓN. Después de la terapia en el Hospital Universitario de Santander (HUS). Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 24].

<sup>493</sup> Ibid., [Ver anexo No. 24].

Desde otro método de observación aplicado en la jornada de la mañana, se encuentran resultados diferentes a los aplicados en la jornada de la tarde en el Pabellón. Una clara muestra de ello que “las enfermeras de muestran muy claras en sus explicaciones y usan un léxico muy coloquial que los padres y familiares de los pacientes logran entender”<sup>494</sup>. Así, se puede manifestar que en algunas ocasiones, preferiblemente cuando el personal de salud tiene el primer contacto del día con los pacientes, se hace un uso adecuado del lenguaje, y por ende, genera cercanía por ser positivo y confiable el primer encuentro de la jornada.

“Si los profesionales de la salud entendieran que, hablándole mejor al paciente o explicando mejor los procedimientos a los cuales va a ser sometido, van a tener mejores resultados y tendrán a su vez, disminución del nivel de estrés hospitalario de los pacientes internos”<sup>495</sup>, según afirmó Jimmy Fortuna Vargas, docente del programa de medicina de una de las universidades de la ciudad, al referirse a la importancia que debe tener la comunicación para el cuerpo médico de las entidades de salud.

De esta manera, vale la pena traer a colación la concepción de ‘lengua’ que Antonio Salcedo, en la que afirma que la “lengua es una herramienta comunicativa innata de las personas, y es también, uno de los elementos distintivos de una cultura y al mismo tiempo, uno de los instrumentos de expresión de todo ser humano, y de su cultura”<sup>496</sup>.

Sin embargo, vale la pena resaltar que no todo el personal de salud es distante y evita utilizar al lenguaje como puente comunicativo con los demás actores del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander, porque como según lo mencionan algunos de los padres de familia: “El lenguaje con que explican los médicos es normal, uno entiende pues no usan palabras raras ni nada”<sup>497</sup>. Lo

---

<sup>494</sup> MÉTODO DE OBSERVACIÓN. Después de la terapia en el Hospital Universitario de Santander (HUS). Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 24].

<sup>495</sup> Entrevista con Jimmy Fortuna. Op. cit., [Ver anexo No. 22].

<sup>496</sup> SALCEDO. Op. cit., p. 101.

<sup>497</sup> ENTREVISTA con familiar de paciente hospitalizado. [Ver anexo No. 18].

anterior evidencia que el personal de salud recurre a elementos verbales de comunicación para darse a entender y que, de manera complementaria, procura usar un lenguaje sencillo y comprensible en las revisiones y consultas. Así, esta herramienta se convierte en un recurso vital para explicar los conceptos y procedimientos a los padres de familia.

Entonces, a manera de conclusión, es posible afirmar que, basados en lo expresado por Miguel Rodrigo Alsina: “La lengua puede tener una función instrumental de comunicación o puede ser un elemento decisivo en la constitución de la identidad grupal”<sup>498</sup>. Es decir que, la lengua puede cumplir distintas funciones sociales y cualquiera que sea el caso, si se acepta que la lengua es un elemento importante en la comunicación, se utilizará de manera recurrente en los encuentros dados entre los actores sociales del Pabellón de Pediatría del HUS. Así, el uso de herramientas verbales como la palabra, la entonación y los términos utilizados, resultan siendo recursos vitales en la construcción de relaciones interpersonales. De esta manera, es posible afirmar que de alguna manera, el cuerpo médico deja abierta la posibilidad de interacción con los pacientes en la medida en que: “explican y dejan disponible la posibilidad de hacer cualquier pregunta frente al tratamiento médico de mi hijo, la evolución o cualquier inquietud que tenga”<sup>499</sup>, según lo afirmó un padre de familia cuando se le preguntó qué tanta accesibilidad brindaba el personal de salud.

### **3.4.3 El cuerpo como factor expresivo gestual y la comunicación no verbal.**

En la actualidad es aceptada la importancia de la comunicación no verbal, y no sólo en contactos interpersonales, sino también en la utilización de los distintos medios.

---

<sup>498</sup> ALSINA, Miguel Rodrigo. La comunicación intercultural. Capítulo 3: La comunicación intercultural interpersonal. Barcelona. España. Antropos Editorial. 1999. p. 103.

<sup>499</sup> ENTREVISTA con Gladys Ester Caro Moreno. Op. cit., [Ver anexo No. 15].

Si se sitúa en el ámbito de la comunicación interpersonal o intercultural, la importancia de la comunicación no verbal es incuestionable. “Aunque los participantes tengan alguna lengua en común, es primordial que compartas las reglas de las respectivas comunicaciones no verbales, ya que estas están inmersas en las comunicaciones y en las gestualidades”<sup>500</sup>.

Según lo cita Beláustegui<sup>501</sup>, el mensaje de una señal no es forzosamente universal, sino que adquiere distintos significados según sea el receptor que lo recibe. Es por esto que “la semiótica del cuerpo está constituida por un complejo sistema de señales. Se extiende desde las señales químicas hasta las señales físicas (visuales, acústicas, táctiles)”<sup>502</sup>.

Al momento de comprender emplear el lenguaje no verbal, contemplado en la práctica concreta de la comunicación diaria, “se identifica importante el uso frecuente de este tipo de herramientas que se producen y reciben de modo inconsciente”<sup>503</sup>.

De esta manera, aparte de considerarse importante el uso de las herramientas verbales, también son indispensables los recursos no verbales en la creación de interacciones entre los actores de cualquier esfera social, y por ende, respecto al tema que compete a la presente investigación, a los médicos y enfermeras del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander.

Antes de traer a colación apartes de las entrevistas aplicadas a los padres de familia de los pacientes y al cuerpo médico de dicho contexto, Recordemos brevemente la funcionalidad comunicativa de la comunicación no verbal según Argyle que señala que ésta actúa de tres formas diferentes:

---

<sup>500</sup> SALCEDO. Op. cit., p. 113.

<sup>501</sup> BELÁUSTEGUI. Op. cit., p. 121.

<sup>502</sup> Ibid., p. 121.

<sup>503</sup> NOVARA. Op. cit., p. 49.

- “Comunica actitudes y emociones: Las emociones pueden dar lugar a gestos propios. Por ejemplo, la ansiedad puede manifestar tocándose la cara y el cólera puede dar lugar cerrar los puños.
- Apoya la comunicación verbal. Esto se hace de distintas maneras:
- Completa el significado de las locuciones verbales. Los gestos aumentan el significado de aquello que se está diciendo.
- Controla la sincronización. Cuando dos personas están en una situación dialógica, deben adaptarse a turnos para hablar.
- Produce el feedback –retroalimentación-. Cuando una persona está hablando necesita obtener alguna respuesta de los otros a su mensaje. El que habla necesita saber si los otros le entienden.
- Mantiene la atención. Para que una comunicación se mantenga se debe emitir señales de que se está dentro del discurso.
- Sustituye al lenguaje verbal. Cuando no es posible hablar por determinadas circunstancias se desarrolla un lenguaje gestual que suple al discurso hablado”<sup>504</sup>.

Si bien es cierto que los voluntarios de la Fundación Corazón en Parches –actor social con permanente contacto con los pacientes y familiares- presenta ventaja sobre el cuerpo médico en lo referido al uso y recursividad en la comunicación con estos sujetos de elementos no verbales, vale la pena resaltar que el cuerpo médico del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander utiliza en menor medida, algunos de estas herramientas. Según lo afirma un padre de familia, el *clown*: “se involucra de manera muy cercana con los niños a través de juegos, bailes, dinámicas. Hacen señas, mímicas, usan malabares y títeres, en fin, generan muchas sonrisas”<sup>505</sup>. Mientras que, según se registra en el método de observación aplicado al cuerpo médico del Pabellón, “el personal de salud pocas veces utiliza el lenguaje no verbal para expresarse, tiene poco contacto con el paciente o familiar y casi no sonrío”<sup>506</sup>.

---

<sup>504</sup> ALSINA. Op. cit., p. 135.

<sup>505</sup> ENTREVISTA con familiar de paciente del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander. Op. cit., [Ver anexo No. 17].

<sup>506</sup> MÉTODO DE OBSERVACIÓN. Antes de la terapia en el Hospital Universitario de Santander (HUS). Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 23].



Dicho esto, resulta importante definir a la expresión corporal entendida como la principal forma de lenguaje no verbal, siempre y cuando se considera como “la manera más espontánea de que dispone el hombre para manifestar sus estados de ánimo. “La importancia de la expresión corporal como forma de comunicación, radica en que el sujeto transmite mensajes de manera inconsciente. Es decir, normalmente no ejerce ningún tipo de control sobre los mensajes que transmite pero sí sobre las formas de expresión que utiliza”<sup>507</sup>.

A su vez, es posible afirmar que parte del cuerpo médico utiliza muy poco lenguaje corporal y por ende, restringe la posibilidad de que entre los actores implicados en la esfera social ‘Pabellón de pediatría’, se establezcan relaciones sólidas y comunicaciones claras. “El lenguaje corporal de las enfermeras –sobre todo- es negativo. La fuerte presencia de miradas frías, el poco intercambio de sonrisas y miradas, y la ausencia de contacto físico”<sup>508</sup> cuerpo médico del contibuyen a que sea importante fortalecer las habilidades comunicativas del personal de salud debido a que todo comunica. Los gestos, la cara, la postura, los movimientos inconscientes, entre otros.

Según Pavalicini, “cada gesto, expresión facial, movimiento corporal y manejo del espacio individual, es una fuente de riqueza excepcional desde el punto de vista informativo. Nos transmite con gran fidelidad, los estados emotivos del individuo y el tipo de relación que mantiene con sus semejantes”<sup>509</sup>. De esta manera, cada forma de expresión que tenga el cuerpo humano, significará de una manera en específico, de acuerdo al contexto y estado de ánimo.

Así como se planteó anteriormente la ausencia de herramientas comunicativas por parte del personal de salud en las interacciones y el establecimiento de relaciones con los pacientes, voluntarios y familiares, vale la pena resaltar que no todos los integrantes del cuerpo médico desaprovechan dichos recursos de comunicación.

---

<sup>507</sup> SALCEDO. Op. cit., p. 62.

<sup>508</sup> MÉTODO DE OBSERVACIÓN. Antes de la terapia en el Hospital Universitario de Santander (HUS). Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 23].

<sup>509</sup> SALCEDO. Op. cit., p. 58.

“Yo busco interacción con los pacientes por medio de juguetitos o simulación de animales para que ellos entiendan”<sup>510</sup>. Complementario a esto, otro integrante del cuerpo médico afirma que: “Al momento de hablarle a los niños y papás, toca utilizar todo lo que esté al alcance para hacerse entender: las manos, los gestos, la postura. Debemos ser muy recursivos”<sup>511</sup>. Esto evidencia que aunque no todos los médicos y enfermeras hagan uso adecuado y pertinente de las habilidades comunicativas no verbales, existe quienes recurren a otras formas de comunicación para lograr una comunicación asertiva y con ella, conexión con los pacientes.

En ese orden de ideas, para fundamentar una vez más la importancia de los movimientos del cuerpo y los gestos, es importante definir la disciplina que estudia la gestualidad. Knapp recoge la siguiente clasificación de los comportamientos no verbales que se pueden aplicar concretamente a la gestualidad y que va de la mayor a la menor intencionalidad comunicativa:

“En el primer tipo de gestos –los emblemas- somos muy conscientes de su utilización, mientras que de los últimos –adaptables- somos prácticamente inconscientes.

- Los emblemas son gestos que tienen un significado concreto y claro y que funcionan como término verbal. El usuario los utiliza conscientemente. Por ejemplo, el signo de victoria haciendo una uve con los dedos índice y medio. La cantidad de emblemas que se utilizan en una esfera social puede variar considerablemente de la otra y de igual manera el significado de estos emblemas.
- Ilustradores: gestos que van unidos al habla y que sirven para ilustrarlo que se dice verbalmente. Estos gestos sirven para aclarar lo que se está diciendo. Knapp señala que se los usa intencionalmente para ayudar a la comunicación pero no tan deliberadamente como los emblemas. Es decir que en ocasiones, no somos totalmente conscientes de los ilustradores que hemos utilizado en nuestra interacción.

---

<sup>510</sup> ENTREVISTA con enfermera auxiliar del Hospital Universitario de Santander. Op. cit., [Ver anexo No. 4].

<sup>511</sup> Ibid., [Ver anexo No. 4].

- Muestra de afecto: el rostro suele ser un buen transmisor de muestras de afecto, pero estas también pueden manifestarse con la postura del cuerpo. El nivel de conciencia y de intencionalidad de estos mensajes es variable. En ocasiones se da, en otras no.
- Reguladores: son gestos que mantienen y regulan las conversaciones entre dos o más interactuantes son como hábitos arraigados y casi señales de las que somos muy conscientes si las producen otros.
- Adaptables: al satisfacer necesidades, dominar emociones, desarrollar contactos sociales. Funciona también como barrera, o para que el interlocutor se adapte. Cuando los argumentos que utilizamos los usamos para crear nuestra audiencia determinada de modo inconsciente<sup>512</sup>.

De este modo, es preciso concluir que es tan importante la comunicación no verbal en todo tipo de encuentro interpersonal, que varios estudios –especialistas que se han dedicado a profundizar en los diferentes aspectos que intervienen en este tipo de comunicación- han señalado que “hasta un 70% del significado que se transmite en cualquier encuentro cara a cara, pertenece al ámbito de lo no verbal”<sup>513</sup>.

Ante este dato y lo referenciado en las entrevistas y métodos de observación de esta investigación, no cabe duda que la expresión corporal se complementa con la verbal. De igual forma, se manifiesta que el cuerpo médico presenta ausencia de estas habilidades en las relaciones, lo cual sugiere necesariamente, el fortalecimiento de este aspecto para lograr vínculos más fuertes entre actores. Entonces, el lenguaje se desarrolla en un marco de expresión no verbal que es parte indispensable del mensaje; por tanto, el lenguaje hablado sería inconcebible sin los elementos no verbales. El lenguaje hablado, además de ser un importante factor de socialización, es la forma más clara y generalizada que utiliza el hombre para expresar sus inquietudes, pensamientos, emociones, y por ende, de establecer comunicación con los demás sujetos con quienes se relaciona.

---

<sup>512</sup> RESTREPO DE GUZMÁN, Mariluz. Teorías de la comunicación I. Comunicación y funcionalismo. Mass Communication Research.: Justificación, desarrollo y superación. Signo y Pensamiento –cuadernos o libros de com-. Facultad de Comunicación Social. Pontificia Universidad Javeriana PUJ. 1984. p. 135- 136.

<sup>513</sup> Ibid., p. 98.

### **3.5 CONCLUSIÓN: LENGUAJE Y CORPORALIDAD, PUENTES COMUNICATIVOS QUE FOMENTAN LAS RELACIONES INTERPERSONALES SÓLIDAS**

Analizados los imaginarios que tienen los diferentes actores involucrados en las relaciones e interacciones establecidas en el pabellón de pediatría del Hospital Universitario de Santander, se pudo ver cuáles percepciones existían frente a las competencias de comunicación del cuerpo médico, y cómo veían los diferentes actores en el ámbito social (relaciones y contexto) a este actor específico.

Una vez hecho esto, se pasó a analizar cómo estas creencias influyen, de alguna manera, en modificar las condiciones en que se establecen las relaciones entre dichos sujetos. Y es aquí en donde concierne a la comunicación, evaluar o revisar detenidamente si estos imaginarios concuerdan con las habilidades que el cuerpo médico del pabellón tienen al momento de establecer una relación interpersonal con los pacientes y familiares.

Para esto, se ha planteado anteriormente que la relación médico paciente debe ir más allá de un simple intercambio de información, debe ser más completa, más integral. Esto se logra a partir del uso de herramientas de comunicación que ayudan a darle sentido a dicha información. De esta manera se logra una reciprocidad que cala en el accionar de los actores implicados permitiendo finalmente la existencia de una relación más que una interacción.

Dicho esto, se pasó a analizar la calidad de las interacciones entre los actores anteriormente mencionados, partiendo desde el personal de salud como actor generador de relaciones. De esta manera, es posible afirmar que el cuerpo médico presenta falencias en el establecimiento de interacciones sólidas con los voluntarios y, los pacientes y/o familiares. Esto se evidencia a partir de elementos arrojados en los diferentes métodos, como la falta de interés y disposición al

momento de entrar en contacto con los voluntarios durante la terapia de la risa, y durante las visitas técnicas a pacientes.

Si bien es cierto que los *clown* tienen actitud positiva y disposición de entablar una interacción con el personal de salud al momento de entrar al espacio-tiempo compartido, lo cual es evidenciado por los voluntarios con gestos positivos y estado anímico positivo, se evidencia que no existe reciprocidad constante por parte de este último hacia las acciones de los voluntarios, según se percibe al no encontrar variación en las expresiones cuando entran en contacto con los *clown*. Por ende, se dificulta la posibilidad de formar una relación y permitir empatía entre estos dos actores.

Contrario sucede con los pacientes y/o familiares. En ocasiones el cuerpo médico tiene disposición e interés al momento de interactuar con estos actores sociales al cambiar de actitud cuando entra en contacto con este actor social. En esta relación se puede afirmar que aunque se establecen empatías, cercanías y actitudes positivas por medio de gestos de agrado, sonrisa permanente y estado de ánimo activo, no es suficiente para la generación de vínculos por que no se evidencia receptividad, y por ende, dificulta el establecimiento de una comunicación integral entre los actores.

Ya se ha dicho que el personal de salud es poco receptivo a algunas acciones o actitudes que otros actores sociales tienen con el ánimo de lograr establecer un contacto más cercano. Partiendo desde la óptica o perspectiva del actor social analizado –cuerpo médico-, encontramos varias contrariedades si se comparan con el punto de vista del familiar del paciente. Se establecen empatías pero ninguno afirmó generación de vínculos con este actor social.

De esta manera, es indispensable la formulación de una estrategia comunicativa que, ligada al fortalecimiento de las relaciones entre los sujetos implicados para mejorar las experiencias entre estos, se enfoque en llamar a la reflexión, crear

conciencia en el personal de salud, mostrando los puntos favorables que tiene el ser espontáneo y natural y cercano en el establecimiento de buenas relaciones interpersonales. Entonces, es claro que el cuerpo médico debe ir más allá de un simple intercambio de información.

En lo referido a la calidad y recursos de comunicación, se encontró que el personal de salud del pabellón de pediatría del HUS emplea algunas habilidades comunicativas clasificadas en dos grandes categorías: verbales y no verbales. En la primera, se destaca el uso del lenguaje cercano con los pacientes y familiares al momento de nombrarlos o referirse a ellos. Sin embargo, el uso de términos complejos y técnicos propios de su profesión, hace que la interacción sea incompleta y presente algunas oportunidades de mejora en la comunicación. Basándose en el uso de recursos no verbales, el cuerpo médico presenta falencias porque, a diferencia de los voluntarios, son pocas las habilidades comunicativas que emplea en las interacciones con los pacientes y familiares. Algunas que se rescatan son la sonrisa al entrar a las habitaciones y de vez en vez, el recurso demostrativo en su cuerpo de los procedimientos a realizar en pacientes.

Si bien es cierto que existen similitudes entre el cuerpo médico y los voluntarios en la utilización de lenguaje cercano con los pacientes, según lo expresa el familiar de un niño hospitalizado, “los clown consienten mucho a los niños con el lenguaje, mientras que los médicos y las enfermeras utilizan a su vez, palabras cercanas y coloquiales”<sup>514</sup>. Existe a su vez, una gran diferencia que pone en desventaja al primer actor social en cuestiones comunicativas. Por su parte, el voluntario recurre a la sonrisa, la risa, mirada expresiva, contacto discreto con pacientes, lenguaje corporal, entre otros.

En lo referido a las habilidades comunicativas del cuerpo médico, la situación se mantiene de manera desfavorable. Una evidencia de ello es el testimonio de Jefe

---

<sup>514</sup> ENTREVISTA con familiar de paciente del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander. Op. cit., [Ver anexo No. 17].

del Departamento de Comunicaciones de la Foscál, argumenta que el personal médico en general, no sólo de una entidad en específico, “poco se preocupa por tener una habilidad comunicativa que les permita ser claros en sus intervenciones, sino que por el contrario, se preocupan más por el ejercicio de su profesión”<sup>515</sup>. Se concluye que este desinterés no es necesariamente una construcción propia e individual, sino que va influenciada por lo que ven desde la academia.

Por lo anterior, se hace relevante -desde aporte de la comunicación- contribuir al uso de competencias comunicativas en el cuerpo médico con el fin de crear lazos fuertes entre los actores. Esto se logra a partir de la implementación de la estrategia comunicativa enfocada al fortalecimiento de las habilidades y recursos de comunicación –especialmente los no verbales- que tiene y puede desarrollar el personal de salud del pabellón de pediatría del Hospital Universitario de Santander.

---

<sup>515</sup> ENTREVISTA con Fernando Gómez. Op. cit., [Ver anexo No. 21].

## 4. CAPÍTULO IV

### EL LENGUAJE DE LA RISA

Como se ha evidenciado en el primer capítulo de este trabajo investigativo, son varios los trabajos que se han realizado involucrando a la risa como herramienta comunicativa en búsqueda de una mejor calidad en la relación médico y paciente. Para la presente investigación se tomó el caso específico de la Fundación Corazón en Parches,

“una entidad sin ánimo de lucro que busca por medio de la risoterapia no solo como herramienta para mejorar el estado de ánimo de los pacientes y crear con ello un vínculo socio afectivo, sino de igual manera profesar un estilo de vida que logre romper con los imaginarios de los centros hospitalarios. En el símbolo de Patch Adams, proponen al clown como herramienta para lograr sus objetivos”<sup>516</sup>.

Mediante el análisis del trabajo de dicha organización, basado en la búsqueda teórica y la aplicación de métodos de recolección de información, se evaluó la risoterapia como herramienta para mejorar los procesos de comunicación del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander e indagar acerca del impacto que tiene en las competencias comunicativas del personal de salud del mismo. Este objetivo justificado desde el ámbito social como una herramienta crucial a la hora de establecer relaciones comunicativa entre los actores, teniendo en cuenta el planteamiento del *General Medical Council* que postula la habilidad comunicativa como la segunda competencia más importante que debe alcanzar el médico general desde la práctica médica.

De igual manera, este objetivo se basa en la justificación comunicativa que plantea la aplicación de la risa como terapia recreativa permite que exista una mejor

---

<sup>516</sup> FUNDACIÓN CORAZÓN EN PARCHES. Disponible en: <<http://corazonenparches.blogspot.com/p/que-es-fcp.html>>[citado el 20 de Octubre de 2011].



comunicación entre el cuerpo médico, pacientes, personal de acompañamiento y familiares, mejorando así el ambiente hospitalario, que es entendido como el “conjunto de elementos físicos y humanos que estimulan al paciente hacia su salud y rehabilitación”<sup>517</sup>.

A manera de estructurar dicho análisis cualitativo del trabajo de la Fundación Corazón en Parches, se definieron variables desde las cuales se pretende abordar todos los elementos que intervienen en el proceso comunicativo de la risa como herramienta terapéutica. Estos aspectos corresponden al contexto teórico de la investigación, definiendo indicadores que permiten tener un análisis integral de la risa. El primer indicador hace referencia a el número de encuentros y acuerdos entre los actores, en donde se analiza la calidad de dichos encuentros dentro de las habilidades comunicativas que se manejan en el mismo. El segundo indicador busca analizar el uso del lenguaje no verbal como alternativa para generar una comunicación asertiva complementaria al uso de la risa como lenguaje terapéutico. En un tercer indicador, se resalta la actitud de los actores y el nivel de participación de los mismos en el momento de la terapia de la risa. Finalmente, y a manera de analizar los efectos que tiene esta terapia en las habilidades comunicativas de los actores, se trabaja un último indicador referente al nivel de receptividad de la misma.

De esta manera, el presente capítulo busca, a partir de dichas variables y sus respectivos indicadores, busca generar un visión analítica del trabajo de la Fundación Corazón en Parches y su impacto en las competencias comunicativas del personal de salud del Pabellón de Pediatría del HUS, haciendo una profundización que parta desde lo teórico y conceptual, hasta abordar los resultados obtenidos mediante las herramientas metodológicas. Este análisis responde a uno de los objetivos centrales de la investigación.

---

<sup>517</sup> DIAZ. Op. Cit. P.8.

## 4.1 HACIA UNA CONCEPCIÓN DE LA RISA

Como ya se ha abordado en un primer momento, la risa y su impacto en las habilidades comunicativas del personal de salud, es uno de los elementos centrales de este trabajo. La risa se define como “el movimiento de la boca y otras partes del rostro que demuestran alegría”<sup>518</sup>. Una manifestación de bienestar y una descarga de emociones presentes en el instante en que se produce. “Podría definirse como una reacción psicofisiológica que -externamente- se caracteriza por contracciones enérgicas del diafragma, acompañadas de vocalizaciones silábicas repetitivas con resonancia de la faringe, velo del paladar y otras cavidades fonatorias”<sup>519</sup>.

Bajo la filosofía de que “la risa también proporciona beneficios psicológicos, emocionales, sociales, de comunicación y de calidad de vida”<sup>520</sup>; la Fundación Corazón en Parches utiliza la risa como elemento central de su actividad terapéutica en el pabellón de pediatría del Hospital Universitario de Santander. Esta actividad pretende mejorar la calidad de vida de todos los actores involucrados en la terapia de la risa, como lo son los pacientes pediátricos, los padres de familia y el personal de salud. De igual manera, mejorar la comunicación entre el personal de salud y los pacientes del pabellón de pediatría.

Dentro de este capítulo se evaluaron los indicadores que se definieron para precisar el impacto que tiene la risa en el momento de la terapia y cómo esta puede mejorar las relaciones entre el personal de salud, los pacientes y los voluntarios.

---

<sup>518</sup> RAMOS. Op. cit., p. 57.

<sup>519</sup> MORA. Op. cit., p. 694.

<sup>520</sup> DEAN. Op. cit., p. 34.

## 4.2 LOS PRIMEROS ENCUENTROS ENTRE ACTORES

Uno de los indicadores iniciales para medir el impacto que tiene la risa como herramienta de comunicación es el número de encuentros entre los actores involucrados. Se dice que hay un encuentro cuando “dos o más personas se hallan o concurren en el mismo lugar”<sup>521</sup>. Dichos encuentros se dan en la terapia de la risa y durante la estadía de los voluntarios en el HUS, desde el momento de su ingreso hasta su partida. Estos encuentros se dan una vez por semana y tienen una duración de aproximadamente 4 horas.

Para garantizar una terapia integral, los voluntarios en un primer momento realizan una actividad de calentamiento, como lo afirma uno de los fundadores de Corazón en Parches, “los voluntarios van al hospital los sábados y realizan un calentamiento antes de ingresar. Normalmente van 5 o 6 *clown* pero no hay límite para eso, mínimo unos 4 voluntarios. Hacen un entrenamiento para entrar en un estado *clown* en donde cada uno personifica su avatar”<sup>522</sup>. Esto evidencia que existe una preparación inicial previa al encuentro entre los actores, lo cual permite mitigar el impacto de los voluntarios ante la situación de los pacientes, y a su vez adentrar a los voluntarios en el contexto hospitalario que debe manejar en la terapia de la risa.

Este primer momento de preparación es el inicio del proceso de la terapia y de los encuentros que se den con los diferentes actores. En especial favorece a los voluntarios, quienes son los encargados de llevar a cabo la terapia. “Para mi hacer terapia de la risa en la fundación ha sido una oportunidad para cambiar como persona, ha sido una oportunidad de crecer mucho y ha sido sobre todo una oportunidad para poder ayudar”<sup>523</sup>, comentó uno de los miembros de la Fundación Corazón en Parches. Adicionalmente, sostiene que este primer momento de preparación les ayuda a entrar en un autoreconocimiento de su identidad como

---

<sup>521</sup> REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Banco de datos (CORDE) [en línea]. Disponible en: <[www.rae.es](http://www.rae.es)> [citado el 22 de abril de 2012].

<sup>522</sup> ENTREVISTA con José Fernando Tovar. Op. cit., [Ver anexo No. 13].

<sup>523</sup> ENTREVISTA con Omar Camargo. Op. cit., [Ver anexo No. 12].

personas y como payasos terapéuticos. Es sin duda un primer elemento de análisis, si tenemos en cuenta que por identidad

“entendemos a las características y comportamientos humanos que nos hacen diferentes, o mejor dicho particulares y ‘únicos’ con respecto a los demás grupos sociales. En este sentido no podemos concebir el término identidad como algo ‘único’ y existente solo para cada individuo, puesto que cada persona de manera específica se genera sus propias creencias, hábitos y costumbres, dependiendo del medio social donde se desarrolla”<sup>524</sup>.

De ahí la importancia de indagar sobre estos procesos identitarios que influyen en el proceso comunicativo entre los actores.

“Todos los sábados, le ayuda a uno a redescubrirse. El usar una nariz me hace sentir libre”<sup>525</sup>, según expresó uno de los voluntarios activos de la Fundación Corazón en Parches, quien evidencia que existe un proceso de reconocimiento de la identidad individual de los voluntarios antes de iniciar la terapia. El primer encuentro entre los actores, inicia en un encuentro consigo mismo.

Posterior a esta preparación inicial y siguiendo con el proceso de la terapia de la risa, se inicia el primer encuentro de los voluntarios personificados como payasos de hospital o *clowns*. Personificar entendido como “representar en los discursos o escritos, bajo alusiones o nombres supuestos, a personas determinadas”<sup>526</sup>.

Es así como los voluntarios entran en lo que ellos denominan un ‘estado clown’ que se define como

---

<sup>524</sup> DEHESA, Germán (2000). Acerca de la identidad. Soy una especie de error ideológico, sometido a una intensa pasteurización espiritual. Disponible en: <<http://.125.113.132/search?q=cache:oc8qtkj4QcJ:es.shvoong.com/humanities/730880-cual-es-nuestra-identidad+características+identidad&cd=&hl=es&ct=clnk&g=pe,>> p. 1. [citado el 13 de agosto de 2012].

<sup>525</sup> ENTREVISTA con Juan Pablo Gómez. Op. cit., [Ver anexo No. 9].

<sup>526</sup> REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Banco de datos (CORDE) [en línea]. Disponible en: <[www.rae.es](http://www.rae.es)> [citado el 22 de abril de 2012].

“una particular aproximación que nos da la posibilidad de explorar nuestro mundo interno con una mirada directa llena de humor, exenta de culpa, a través del juego y de la espontaneidad, de la comunicación y de la aceptación de lo que sencillamente ocurre dentro de la persona. En este sentido, este trabajo nos permite acceder a la realidad interna de la persona de una forma extremadamente directa, y permite que un camino diferente y sanador se abra ante ella”<sup>527</sup>.

Es este el momento en el cual los *clown* hacen su primer acercamiento a los pacientes hospitalizados del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander. Como lo afirma uno de los fundadores de Corazón en Parches,

“Los *clown* entran a cada habitación en grupos pequeños, máximo 3 personas. Ahí realizan una actividad de improvisación que dependiendo del clown puede ser magia, música, o un *skech* como tal. Cualquier cosa vale, lo importante es generar un vínculo con los pacientes y la familia para hacerlos olvidar un poco de la situación en la que están. Eso dura mas o menos 10 minutos por cada habitación y luego pasan a la siguiente habitación”<sup>528</sup>.

Este método de distribución en grupos pequeños, permite un acercamiento entre los actores y facilita la concentración en los pacientes. Esto teniendo en cuenta que los pacientes generalmente se encuentran vulnerables ante el contagio de enfermedades, por lo cual es necesario, además de tener un buen manejo biosanitario, limitar el número de personas que ingresan a las habitaciones.

Se presenta entonces el escenario en el cual se encuentran los actores del proceso comunicativo. Por un lado los voluntarios, quienes ya han pasado por un proceso de auto reconocimiento identitario, y los pacientes pediátricos, quienes se encuentran en una situación de estrés hospitalario,

---

<sup>527</sup> Definición del Campo de Investigación en el Arte Terapia “Clown Terapia”. Disponible en: <<http://clownterapia.wordpress.com/category/definiciones/>> [Citado el 19 de marzo de 2012].

<sup>528</sup> ENTREVISTA con Jose Fernando Tovar. Op. cit., [Ver anexo No. 13].

“el estrés es un proceso que se origina cuando las demandas ambientales superan la capacidad adaptativa de un organismo. Esto puede dar lugar a cambios biológicos y psicológicos, que a su vez pueden ser causantes de enfermedad. La situación de hospitalización genera un gran estrés, que se manifiesta como un elevado índice de ansiedad. Los agentes estresantes o desencadenantes de la ansiedad en el paciente en este caso serían la enfermedad y la hospitalización y las expectativas con respecto a los cuidados, tratamientos e intervenciones a las que tiene que ser sometido”<sup>529</sup>.

De esta manera, se entra a evaluar cómo se da el primer encuentro entre los actores que se encuentran en los contextos anteriormente mencionados. Al respecto, los voluntarios expresan diferentes puntos de vista acerca de esta relación inicial que se presenta en la terapia de la risa. “Inicialmente hay niños que pueden tener barreras. Que de pronto uno se les va a acercar y se sienten impresionados y buscan refugiarse”<sup>530</sup>, esto justificado en el hecho de que estos pacientes se encuentran en un estado de estrés hospitalario y no reaccionan en un primer momento de forma positiva a la terapia. Argumentan también que: “Durante el proceso de comunicación pueden presentarse ciertos obstáculos que la dificultan y que son necesarios detectar para evitarlos y lograr así, una comunicación eficiente. A dichos obstáculos se les denomina como barreras de comunicación”<sup>531</sup>. Las anteriores se pueden dar en diferentes contextos durante la terapia y pueden ser de diferentes clases.

En general se habla de barreras de comunicación psicológicas, cuando

“representan la situación psicológica particular del emisor o receptor de la información, ocasionada a veces por agrado o rechazo hacia el receptor o emisor, según sea el caso, o incluso al mensaje que se comunica; la deficiencia o deformación puede deberse también a estados emocionales (temor, odio, tristeza,

---

<sup>529</sup>McGraw, Hill. Estrés y ansiedad. [PDF en línea]. Disponible en: <[www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448176391.pdf](http://www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448176391.pdf)> [citado el 22 de febrero de 2012].

<sup>530</sup> ENTREVISTA con Juan Manuel Espinosa. Op. cit., [Ver anexo No.10].

<sup>531</sup> Disponible en: <<http://www.slideshare.net/wi11i/barreras-de-la-comunicacion-1514516>> [Citado el 22 de febrero de 2012].

alegría) o a prejuicios para aprobar o desaprobar lo que se le dice, no lea lo que está escrito, no entienda o no crea lo que oye o lee”<sup>532</sup>.

Sin embargo, estos elementos no siempre están presentes en todos los pacientes. “En general hay una relación cercana. Lo importante de la terapia es que la relación que se cree debe ser natural. No debe ser forzada, entonces de cierta forma uno como *clown* hace lo posible por conectar, al máximo. Yo me doy cuenta con la mirada cuando sé que hubo conexión con un niño”<sup>533</sup>; afirma uno de los voluntarios el cual resalta además, factores de comunicación no verbal, que más adelante se evaluarán en otros indicadores. Se dice que hay una relación cercana cuando “se genera un vínculo que ata, vincula, une o relaciona a dos personas o cosas”<sup>534</sup> y el trabajo de la Fundación Corazón en Parches se centra en fortalecer estas relaciones cercanas con los pacientes y padres de familia para garantizar un impacto representativo en el estado anímico de los mismos.

Otro de los actores que está presente en el momento de la terapia, además del paciente y el voluntario, es el padre de familia, que generalmente se encuentra acompañando a su hijo durante la mayor parte de su estadía en el hospital. El trabajo con los padres de familia durante la terapia es responsabilidad del voluntario que esté desarrollando la actividad, como lo afirma uno de ellos: “Mi clown se concentra más en los papás que en los mismos pacientes. A mí me mueve mucho más lo que le pasa al papá que al niño. Son personas que están pasando por un momento difícil, es el mismo tedio de estar ahí o el mismo dolor y no poderlo mostrar al niño o al paciente”<sup>535</sup>.

En general, y basados en las entrevistas y los métodos de observación, se percibe que este primer encuentro entre los actores se da de manera asertiva y en la mayoría de casos se logran un vínculo entre los pacientes, padres de familias y

---

<sup>532</sup> Ibid., Disponible en: <<http://www.slideshare.net/wi11i/barreras-de-la-comunicacion-1514516>.>

<sup>533</sup> ENTREVISTA con Juan Pablo Gómez. Op. cit., [Ver anexo No. 9].

<sup>534</sup> REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Banco de datos (CORDE) [en línea]. Disponible en: <[www.rae.es](http://www.rae.es)> [citado el 22 de abril de 2012]

<sup>535</sup> ENTREVISTA con Julián Vargas. Op. cit., [Ver anexo No.11].

voluntarios. De igual manera, la identidad es uno de los elementos representativos de este encuentro entre los actores ya que es el punto de partida desde el momento de preparación de los voluntarios y se mantienen en el transcurso del encuentro como lo afirma uno de los integrantes de la fundación: “podríamos decir que los niños llegan a un punto en que se sienten tan identificados porque los *clown* de algún modo también son niños, que se vuelve un juego mágico”<sup>536</sup>.

Esta identidad que se proyecta tanto entre los voluntarios como en los niños con los *clown*, es la principal característica de estos encuentros entre los mismos. Se puede decir entonces que en dichos espacios se da un proceso identitario que fortalece los vínculos entre los actores y favorece una comunicación asertiva en el momento de la terapia.

### **4.3 DIMENSIONES NO VERBALES DEL LENGUAJE**

La comunicación no es un proceso lineal entre un emisor y un receptor, “sino es un proceso interactivo en el cual los interlocutores ocupan una u otra posición”<sup>537</sup>, es decir, no interviene solamente la palabra. Cuando dos personas, incluso el médico y el paciente se encuentran, cada uno tiene del otro una percepción portadora de significaciones que se apoya sobre todo, en un conjunto de elementos como la apariencia física, el vestido, los gestos, la mímica, la mirada, la postura, el vestido; y es así como “cada comportamiento se convierte en un mensaje implícito y provoca una reacción en retorno”<sup>538</sup>.

Es por ello que cuando dos personas se encuentran en situación de interacción, la comunicación entre ellas “no pasa solamente por la palabra, sino que también están en juego otros elementos como los gestos, las posturas del cuerpo, la tonalidad de la voz; y también la presentación de sí mismo”<sup>539</sup>. Todos estos

---

<sup>536</sup> ENTREVISTA con Omar Camargo. Op. cit, [Ver anexo No. 12]

<sup>537</sup> MARC. Op. cit., p.19.

<sup>538</sup> *Ibíd.* P 20

<sup>539</sup> MARC. Op. cit., p. 143.



elementos son portadores de mensajes y constituyen lo que se llama la comunicación no verbal.

En el momento de la terapia de la risa, se evidencian elementos portadores de dichos mensajes, que constituyen una comunicación en su mayoría de carácter no verbal. De igual manera, cada uno de los actores cuenta con elementos no verbales que son factores de análisis en el presente capítulo. En un primero momento, aquellos que quizá se resaltan más, son los elementos que utilizan los voluntarios en el proceso de la terapia, “son herramientas básicas del arte escénico que van desde la actuación, la expresión corporal, el uso de marionetas, títeres, peluches, malabares y arte circense; esos son los recursos básicos”<sup>540</sup>, afirma uno de los voluntarios, quien además, resalta que estos elementos materiales deben ir relacionados con una expresión que de sentido comunicativo a su uso. “Uso instrumentos musicales y juguetes. También recurro al humor”<sup>541</sup>, sostiene otro de los voluntarios encargados de la terapia. Estos instrumentos se convierten en herramientas necesarias a la hora de expresar la intencionalidad de la terapia por parte de los voluntarios.

Durante el momento en el que se aplicó el método de observación <sup>542</sup> se encontró una característica importante a la hora de hablar de lenguaje no verbal. Los voluntarios deben usar un tapabocas para proteger a los pacientes del contagio de enfermedades. Este tapabocas cubre un 50% del rostro de los voluntarios, dejando expuesta la mirada como sentido fundamental de comunicación de expresiones.

Es preciso traer a colación una definición pertinente de mirada, para el análisis. De esta manera, la mirada

“se utiliza para abrir los canales de comunicación y es especialmente importante para regular y manejar los turnos de palabra. Un período de contacto ocular a

---

<sup>540</sup> ENTREVISTA con Julián Vargas. Op. cit., [Ver anexo No. 11].

<sup>541</sup> ENTREVISTA con Juan Manuel Espinosa. Op. cit., [Ver anexo No. 9].

<sup>542</sup> MÉTODO DE OBSERVACIÓN. Antes de la terapia en el Hospital Universitario de Santander (HUS). Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 23].

menudo hace que comience una interacción, durante la cual el que escucha mira normalmente al que habla, cuya mirada puede desviarse una buena parte del tiempo mientras habla. Mirar al otro indica sentimientos activos de una manera amistosa, mientras que el desviar la mirada va unido a la timidez”<sup>543</sup>.

El uso de la mirada es crucial a la hora de establecer un vínculo cercano con el paciente y al mismo tiempo transmitir el mensaje de manera eficaz.

Muestra de lo anterior es la afirmación de uno de los voluntarios de la fundación, el cual expresa que:

“Los gestos siempre son importantes, pero más que los gestos, es la mirada. Hay veces que gesticular demasiado está de más. Lo más importante, pienso yo, está en interiorizar la emoción y aprender a transmitir eso con la mirada, si tienes miedo, lo puedes expresar si mover la boca, sin mover el cuerpo, pero hay que aprender a tener una mirada fuerte, porque eso es más sincero que estar haciendo grandes cosas”<sup>544</sup>.

Se indica entonces, a la mirada como un elemento principal en el uso del lenguaje no verbal por parte de los voluntarios durante la terapia de la risa.

Las habilidades comunicativas -referidas al lenguaje no verbal- son otro de los factores que se deben tener en cuenta a la hora de analizar el proceso de comunicación entre los actores: “El clown debe ser muy habilidoso. Debe poder comunicarse con los pacientes de la manera que ellos necesiten, lo mejor posible. Digamos que por eso también es un poco importante la parte de la formación, digamos que durante esos tres módulos que nosotros hacemos, lo que hacemos es buscar esas herramientas para poder comunicarnos de la manera que sea necesaria”<sup>545</sup>, sostiene uno de los voluntarios que participan en la terapia.

---

<sup>543</sup> Comunicación No Verbal. Disponible en: <<http://www.psicologosoviedo.com/ansiedad/comunicacion.php>> [Citado el 3 de marzo de 2013].

<sup>544</sup> ENTREVISTA con Juan Pablo Gómez. Op. cit., [Ver anexo No. 9].

<sup>545</sup> ENTREVISTA con Omar Camargo. Op. cit., [Ver anexo No. 12].

Un paso fundamental para lograr la comunicación en las sociedades consiste en “codificar la información en un conjunto de símbolos. El código puede estar compuesto por sonidos articulados, por signos escritos, por movimientos, gestos o cualquier otro conjunto de símbolos. El mensaje codificado atraviesa el espacio interpuesto, y la persona que lo recibe lo decodifica”<sup>546</sup>. Con la preparación como *clown* de los voluntarios, se busca mejorar este proceso de codificación para que los mensajes que se desean transmitir, logren ser captados por los actores implicados en la terapia.

Esto se resalta en las declaraciones de uno de los fundadores de Corazón en Parches:

“Mucha gente cree que ser *clown* consiste en el simple ejercicio de disfrazarse. Pero exige entrega, disciplina, entrenamiento y mucho corazón. Debe ser una persona que sea capaz de enfrentarse a pacientes en estados delicados, cosa que no es fácil para la mayoría porque es impactante a veces. Comunicarse adecuadamente es muy importante para un *clown* porque con sus gestos y sus acciones puede generar sentimientos o emociones o por el contrario generar burla o rechazo”<sup>547</sup>.

Luego de analizar el uso del lenguaje no verbal en los voluntarios, se hace necesario hacer una revisión del mismo en algunos de los demás actores que influyen en el entorno del paciente. El personal de salud es quizá quien más contacto tiene con el paciente en todas las etapas de su estadía en el hospital. Estos deben procurar mantener una relación cercana con los pacientes y los familiares de los mismos. Para esto, Pedro Laín Entralgo plantea que la relación médico-paciente “debe ir más allá de un simple intercambio de información”. El

---

<sup>546</sup> MILLER. Op. cit., p. 22.

<sup>547</sup> ENTREVISTA con Jose Fernando Tovar. Op. cit., [Ver anexo No. 13].

cuerpo médico debe buscar construir una relación más sólida “recíproca y fructífera” que resulte casi en una amistad<sup>548</sup>.

En cuanto al uso del lenguaje no verbal, varias de las enfermeras aseguraron que “cuando uno le habla a los niños y papitos, toca utilizar todo lo que esté al alcance, las manos, los gestos, toca con todo”<sup>549</sup>. Algunas de ellas hacen referencia a otro de los elementos del lenguaje no verbal como lo son los componentes paralingüísticos los cuales se refieren

“al cómo se dice algo en oposición a lo qué se dice. Los componentes paralingüísticos raramente se emplean aislados. El significado transmitido es normalmente el resultado de una combinación de señales vocales y conducta verbal y es evaluado dentro de un contexto o una situación determinada”.<sup>550</sup>

Dentro de estos componentes paralinguísticos se incluyen la latencia, el volumen de voz, el timbre, la velocidad y el tono con el cual se expresa un mensaje.

Esto se ve reflejado en las declaraciones de una de las practicantes de enfermería que labora en el hospital: “Les hablo en un todo cariñoso y suave, y en muchas ocasiones utilizo mucho las manos para expresarme. yo me hago primero las cosas para que los niños no tengan miedo”<sup>551</sup>. El personal de salud es conciente del nivel de miedo y estrés hospitalario que manejan los paciente pediátricos, y de esta manera, usan el lenguaje no verbal para, según sus palabras, ‘calmar’ el miedo en los mismos.

Como se pudo evidenciar, el uso del lenguaje no verbal, tanto en los voluntarios como en el personal de salud, tiene el mismo fin: facilitar la comunicación asertiva

---

<sup>548</sup> BOHÓRQUEZ, Op. cit., Disponible en : <<http://revista.iered.org>>

<sup>549</sup> ENTREVISTA con auxiilar de enfermería. Op. cit., [Ver anexo No. 4].

<sup>550</sup> Comunicación No Verbal. Disponible en: <<http://www.psicologosoviedo.com/ansiedad/comunicacion.php>> [Citado el 3 de marzo de 2013]

<sup>551</sup> ENTREVISTA con practicante de enfermería. Op. cit., [Ver anexo No. 5].

y permitir que los actores generen un vínculo. La risa y el uso que se le da a elementos como la mirada, los movimientos y la posición corporal; son componentes de este proceso comunicativo que procura generar la mayor efectividad en la transmisión del mensaje. De esta manera poder contribuir a mejorar el ambiente hospitalario y la calidad de vida de quienes conviven en él.

#### **4.4 OTRAS HERRAMIENTAS DEL LENGUAJE NO VERBAL**

Dentro del uso del lenguaje no verbal, y como apoyo al proceso de comunicación que se da en el momento de la terapia, es necesario apoyarse en distintos elementos comunicativos que definen y facilitan el proceso de transmisión del mensaje entre los actores. De ahí el hecho de que se utilicen distintos elementos, tanto materiales como terapéuticos, en el momento de la sesión.

Dentro de los elementos utilizados se pueden clasificar dos grandes grupos: los elementos físicos, los cuales hacen referencia a juguetes, materiales didácticos, disfraces y demás elementos tangibles; y los elementos intangibles como lo son las actividades complementarias a la terapia como lo son los actos circenses, la música y la corporalidad.

En el primer grupo de elementos utilizados, encontramos la existencia de un amplio grupo de recursos tangibles que los voluntarios utilizan, no sólo para transmitir el mensaje en el momento de la terapia, sino para generar un vínculo más cercano con el paciente y acertar en sus gustos. Evidencia de esto son las declaraciones de una de las madres de los pacientes: “Ellos traen instrumentos, juguetes , a veces traen bombas, ellos saben que a los niños les gusta mucho las bombas, y los muñequitos que manejan”<sup>552</sup>. De igual manera se denota recursividad por parte de los voluntarios al momento de usar elementos materiales, en su mayoría juguetes que faciliten el encuentro entre los actores. “El juguete es cualquier objeto que el niño emplee para entretenerse y jugar cuando

---

<sup>552</sup> ENTREVISTA con auxiilar de enfermería. Op. cit., [Ver anexo No. 4].

utiliza la imaginación. Tiene un gran contenido social”<sup>553</sup>. Es por eso que su uso en el momento de la terapia, es importante para definir los elementos sociales que se transmiten en el mensaje.

De esta manera, es posible afirmar que:

“El juguete sirve de estímulo para que el niño explore el entorno individualmente, enriqueciendo las percepciones que recibe; lo utiliza proyectivamente, posibilitando la evasión; además, a través del juguete, el niño aprehende el mundo en el que se encuentra, ya que el juguete no puede desligarse de la sociedad que lo ha producido, puesto que el juguete reproduce modelos y valores sociales”<sup>554</sup>.

Esto se logra haciendo una análisis de los juguetes que los voluntarios usan en el momento de la terapia. “Los instrumentos que traen logran captar mucho la atención de los niños”<sup>555</sup>, afirmó una de las enfermeras que evidencia la receptividad que tienen estos elementos.

Dentro del segundo grupo encontramos los elementos intangibles que son utilizados por los actores durante la terapia. Estos elementos se refieren, como anteriormente se mencionó, a las actividades corporales y artísticas. Primeramente es necesario destacar que los voluntarios poseen un previo entrenamiento en estas habilidades, así lo destaca uno de los fundadores de Corazón en Parches al afirmar que “los voluntarios que tienen el aval de ser *clown* pasan por un entrenamiento de 3 meses en donde se les enseña expresión corporal, desarrollo artístico, elementos de bioseguridad, conocimientos en malabares y el trato con los pacientes”<sup>556</sup>. Esto hace que esta corporalidad se complementaria al uso de elementos materiales, generando un acercamiento más asertivo con los pacientes. “Ellos les bailan, les cantan, juegan con ella, Los

---

<sup>553</sup> BEJARANO GONZALES, Fátima. Cuadernos de educación y desarrollo. Volumen 1, No 3. Mayo de 2009. Los juguetes como recurso didáctico. Disponible en: <<http://www.eumed.net/rev/ced/03/fbg2.htm>> [citado el 12 de abril de 2013].

<sup>554</sup> Ibid., Disponible en: <<http://www.eumed.net/rev/ced/03/fbg2.htm>>

<sup>555</sup> ENTREVISTA con practicante de enfermería. Op. cit., [Ver anexo No. 5].

<sup>556</sup> ENTREVISTA con Jose Fernando Tovar. Op. cit., [Ver anexo No. 13].

cuentos que hemos visto también, cuando vienen con la guitarra y la música”<sup>557</sup>, afirma una de las madres, quién ha visto como su hija reacciona ante los diferentes elementos que se utilizan en la terapia.

El uso de elementos complementarios a la terapia -tanto materiales como intangibles- facilitan una estimulación sensorial importante a la hora de comunicar el mensaje, pues facilita el vínculo entre los actores y favorece la recepción del mensaje. Según la Teoría de Integración Sensorial de Jean Ayres<sup>558</sup>, este tipo de terapias provocan un despertar sensorial, favoreciendo la comprensión de los otros, del mundo y de sí mismos, a través de estímulos y actividades significativas, y partiendo siempre de las necesidades básicas del niño así como de su desarrollo real.

En un ambiente hospitalario, en donde se maneja un alto nivel de estrés entre los pacientes, los padres, el personal de salud y en general de todos los actores; el uso de elementos que estimulen los sentidos es vital al momento de interactuar con los mismos. Vemos entonces que “en un ambiente con estímulos controlados, se trabajan las sensaciones teniendo, el niño, la libertad para explorar, descubrir y disfrutar de diversas experiencias sensoriales”<sup>559</sup>; que le brindan la oportunidad de liberar el estrés que le produce el hecho de estar hospitalizado.

De esta manera “el objetivo principal de la estimulación multisensorial es el de mejorar las condiciones de vida de las personas con discapacidad, trabajar las sensaciones, la percepción y lo sensorial que son capacidades básicas del ser humano. Se busca así mejorar la asimilación de la información sensorial que se les ofrece optimizando su relación con el entorno y sus aprendizajes”<sup>560</sup>.

---

<sup>557</sup> ENTREVISTA con Gladys Ester Caro. Op. cit., [Ver anexo No. 15].

<sup>558</sup> AYRES A, Jean (1970). *Sensory Integration and the Child*. Western Psychological Services. Disponible en: <[http://es.wikipedia.org/wiki/Estimulaci%C3%B3n\\_multisensorial](http://es.wikipedia.org/wiki/Estimulaci%C3%B3n_multisensorial)> [citado el 12 de abril de 2013].

<sup>559</sup> Ibid., Disponible en: <[http://es.wikipedia.org/wiki/Estimulaci%C3%B3n\\_multisensorial](http://es.wikipedia.org/wiki/Estimulaci%C3%B3n_multisensorial)>

<sup>560</sup> AYRES., Op. cit. Disponible en: <[http://es.wikipedia.org/wiki/Estimulaci%C3%B3n\\_multisensorial](http://es.wikipedia.org/wiki/Estimulaci%C3%B3n_multisensorial)>

En este orden de ideas, podemos concluir que el uso de elementos complementarios a la terapia de la risa, tanto tangibles como intangibles, son un apoyo al proceso de comunicación, brindando un vínculo mucho más cercano y apoyado por la estimulación sensorial de los actores. De esta manera, dichos elementos favorecen la trasmisión del mensaje, propiciando una comunicación asertiva entre los actores y estimulando el uso de otros canales de comunicación en el momento de la terapia.

#### **4.5 ACTITUD Y PARTICIPACIÓN DE LOS ACTORES: LA CLAVE DE LA REPTIVIDAD**

Tanto los encuentros entre los actores, como las diferentes formas del lenguaje que usan los mismos, contribuyen a que exista un vínculo entre estos. Mejorar el ambiente hospitalario y las condiciones anímicas de los pacientes no se logra sin una actitud receptiva por parte de estos últimos que permita un acercamiento por parte de los voluntarios y el personal de salud.

Desde el significado de la palabra participar, partimos de que se refiere a “la manifestación de los sentimientos, opiniones y características que ostentan las cosas y las personas. La palabra participar se emplea para dar cuenta que se está compartiendo lo que piensa, siente una persona, sobre algo o sobre otro individuo”<sup>561</sup>. Esta manifestación puede ser tangible y medible al momento de analizar la receptividad que tiene la risa en los pacientes, ya que de igual manera, “la palabra participar es usada recurrentemente como sinónimo de dar a conocer, de comunicarle o informar a alguien acerca de determinada cuestión”<sup>562</sup>. Es por eso que la mejor forma de evaluar la receptividad que tiene la risa en el proceso de comunicación entre los actores, es indagando el nivel de participación que tienen los pacientes en el momento de la terapia.

---

<sup>561</sup> Ibid., Disponible en: <<http://www.definicionabc.com/social/participar.php#ixzz2NBToREhY>> [citado el 10 de marzo de 2013].

<sup>562</sup> Ibid., Disponible en: <<http://www.definicionabc.com/social/participar.php#ixzz2NBToREhY>>



Para tener una visión mucho más holística de la calidad de esta participación, se hace necesario analizar la receptividad desde la percepción de los diferentes actores que intervienen en la terapia. Iniciando con los voluntarios, quienes son los encargados de generar esta participación, se evidencia un consenso entre los mismos al afirmar que existe una alta aceptación por parte de los pacientes en la terapia. Así lo sostuvo uno de los voluntarios: “No hemos sentido nunca un rechazo ante un niño porque precisamente trabajamos en eliminar barreras. A ellos les llama mucho la atención. Ellos nos esperan cada sábado y a la familia también le gusta la terapia como tal”<sup>563</sup>. Estas barreras se refieren nuevamente a lo anteriormente definido como una barrera comunicativa. De igual forma otro de los voluntarios se refiere al nivel de aceptación que tiene la labor que realizan en el hospital al manifestar que: “La gente es muy agradecida por todo lo que hacemos. Nos dan las gracias constantemente, pero lo más importante es ver la felicidad de los niños. Saber que nos esperan cada sábado con una emoción es algo indescriptible para un voluntario. Uno siente que tiene un compromiso más allá de una actividad, sino un compromiso con los niños que nos esperan”<sup>564</sup>.

Vale la pena aclarar, que más allá de este sentimiento de gratitud que se genera por parte de los pacientes y familiares hacia los voluntarios, existe una alta receptividad por parte de los mismos en el momento de participar en la terapia. “La mayoría de las veces los niños son quienes proponen las actividades y van dirigiendo la terapia, sin saberlo”<sup>565</sup>, según afirmó uno de los voluntarios quien además expone el papel de los niños en el proceso comunicativo de la terapia.

Es necesario tener en cuenta que la evidencia de participación de los niños debe estar mediada por las capacidades psicomotrices con las que cuenta el paciente. Se entiende la psicomotricidad como “la interacción que se establece entre el conocimiento, la emoción, el movimiento y de su mayor validez para el desarrollo de la persona, de su corporeidad, así como de su capacidad para expresarse y

---

<sup>563</sup> ENTREVISTA con Juan Manuel Espinosa. Op. cit., [Ver anexo No. 10].

<sup>564</sup> ENTREVISTA con Jose Fernando Tovar. Op. cit., [Ver anexo No. 13].

<sup>565</sup> ENTREVISTA con Juan Pablo Gómez. Op. cit., [Ver anexo No. 9].

relacionarse en el mundo que lo envuelve”.<sup>566</sup> Existen pacientes que son sometidos a tratamientos que les impiden gesticular o moverse adecuadamente y por lo tanto los voluntarios deben tener en cuenta dicha condición en el momento del acercamiento. “Es encantador, porque parten desde niños que tienen ojos deseos y una emoción impresionante de querer jugar contigo, pero un cuerpo bloqueado diciendo: ‘lárguese que me duele el cuerpo, estoy enfermo’”<sup>567</sup>, argumentó uno de los voluntarios referente al tema de las restricciones psicomotrices que se evidencian durante el proceso de la terapia de la risa.

A medida que incrementa la participación del niño, los padres y el personal de salud en la terapia de la risa, se genera un vínculo que da pie para un proceso comunicativo acertivo. Esto se logra “mediante la figura del *clown* terapéutico como herramienta para generar una mejoría en los pacientes, su estado de ánimo y el ambiente en general”.<sup>568</sup>

Los padres de los pacientes hospitalizados también participan en el momento de la terapia. Muchas veces los voluntarios trabajan con ellos debido a que, al igual que los niños, se encuentran en una situación de estrés. La figura del padre toma importancia crucial al determinar que es la persona con la que el niño se siente seguro y protegido. “La actitud de los padres también cambia. A mi particularmente se me da más fácil empezar la terapia desde la persona mayor y acompañante, por la complicidad que uno puede crear con la mamá o el papá y se torna más fácil entrar en contacto con los niños”; afirma uno de los voluntarios de la Fundación Corazón en Parches. Por lo cual, se convierte en un elemento de análisis el nivel de participación y receptividad que tienen los padres en la terapia de la risa.

---

<sup>566</sup> CAMPOS SOLANO, Silvia (1985). «Educación psicomotriz». en: Diccionario enciclopédico de educación especial. II. México: Trillas. p. 763-767.

<sup>567</sup> ENTREVISTA con Julián Vargas. Op. cit., [Ver anexo No. 11].

<sup>568</sup> ENTREVISTA con Jose Fernando Tovar. Op. cit., [Ver anexo No.13].

“Cuando ellos están, a mí se me olvida ese mundo, se me olvida que estamos pasando por este trance y nos dan una esperanza ”<sup>569</sup>, sostiene una de las madres de familia de una paciente internada hace varios meses. Ellos al igual que los niños, generan un vínculo con los diferentes voluntarios que visitan el hospital semanalmente. “A ella vinieron a visitarla el sábado pasado el personal de salud y ya hoy, una semana después, me está diciendo que le duele. Cuando pasaron ellos y la saludaron, como ya habían venido el sábado anterior, para ella fue como si le hubieran inyectado algo”, agrega la madre de la misma paciente.

Al generarse un grado de expectativa por el encuentro entre los actores, se puede hablar de la existencia de una motivación por parte de los pacientes para el momento de la terapia. "La motivación son los estímulos que mueven a la persona a realizar determinadas acciones y persistir en ellas para su culminación. Este término está relacionado con el de voluntad y el del interés.

Las distintas escuelas de psicología tienen diversas teorías sobre cómo se origina la motivación y su efecto en la conducta observable. La motivación, en pocas palabras, “es la voluntad para hacer un esfuerzo, condicionado por la capacidad del esfuerzo para satisfacer alguna necesidad personal”<sup>570</sup>. Se plantea entonces que es posible que exista una necesidad por parte de los niños hacia la terapia. Una necesidad de este encuentro para satisfacer sus deseos de jugar y de cambiar del ambiente rutinario en el cual se desenvuelven diariamente. Esto lo reconocen los padres de los pacientes al afirmar que: “Si no estuvieran los *clown* se mantendrían muy aburridos acá, sin ninguna actividad o diversión que los distraiga o entretengan”<sup>571</sup>.

Se puede entonces concluir en este punto que la alta participación que se evidenció anteriormente, viene mediada por una necesidad de entretenimiento y distracción que tienen los niños, padres y personal de salud.

---

<sup>569</sup> ENTREVISTA con Gladys Ester Caro. Op. cit., [Ver anexo No. 15].

<sup>570</sup> Disponible en: <<http://motivacionempresa.galeon.com/productos2280384.html>>. [citado el 17 de marzo de 2013].

<sup>571</sup> ENTREVISTA con familiar de paciente hospitalizado. Op. cit. [Ver anexo No. 18]

Estos últimos también tienen una opinión en cuanto a la participación y aceptación que tiene la terapia en el momento de mejorar el ambiente comunicativo del sitio donde laboran. “Cambia mucho el ambiente. Cuando ellos están, se siente más alegría en los pasillos y las habitaciones del Pabellón”<sup>572</sup>, afirma uno de los camilleros que trabaja en el pabellón de pediatría. De igual manera, el personal es testigo de los cambios que produce la terapia en los pacientes. “Favorece mucho a los niños porque ellos se entretienen y los esperan cada ocho días. Les divierte, les gusta. A los papás los desestrea y los saca de esa rutina que tienen”<sup>573</sup>; sostiene la jefa de enfermería del pabellón, quien lleva tres años evidenciando el proceso de la terapia.

Esto nos da pie para afirmar que el encuentro ente los actores es asertivo al generar un vínculo comunicativo eficaz, que permite que los voluntarios cumplan el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes. De igual manera, los pacientes reciben de forma efectiva el mensaje interiorizándolo y generando una alta participación. El personal de salud se ve involucrado de igual manera, al ser uno de los actores que conviven en el proceso y quien también vive situaciones de estrés que se reducen en el momento de la terapia. “Ellos (voluntarios) transformaron todo como para darle más risa a toda la sala”<sup>574</sup>, sostiene una de las practicantes de enfermería del pabellón, quien resalta la importancia que tiene la terapia en el ambiente como tal.

La participación que tiene el personal de salud en el momento de la terapia es poca, como se evidenció en el método de observación, debido a que a diferencia de los demás actores, estos se encuentran laborando durante la terapia. Sin embargo es claro que existen espacios en los cuales los voluntarios interactúan indirectamente con el personal de salud. Así lo evidencian testimonios como los

---

<sup>572</sup> ENTREVISTA con Camillero del HUS. Op. cit., [Ver anexo No. 7].

<sup>573</sup> ENTREVISTA con jefe de enfermería del HUS. Op. cit., [Ver anexo No.2].

<sup>574</sup> ENTREVISTA con practicante de enfermería del HUS. Op. cit., [Ver anexo No. 3].

que algunas enfermeras:“ Porque, si uno se admira y se emociona viéndolos, ahora imagínese ellos que son tan pequeños”<sup>575</sup>.

La cantidad de participación y la actitud de los actores es diferente según el caso, como se ha evidenciado en este capítulo. Se puede concluir entonces varios aspectos a destacar. En un primer momento vemos como la terapia es vista como un encuentro asertivo que es altamente participativo por parte de los pacientes y padres de familia. Estos generan un sentimiento de aceptación y gratitud hacia los voluntarios, los cuales generan un vínculo que les permite transmitir el mensaje durante la terapia.

De igual manera, se evidencia que esta alta participación y que a su vez, esta es mediada por la existencia de una necesidad distracción y entretenimiento en los niños, la cual suplen semanalmente con la terapia. Finalmente, pese a que el personal de salud no tiene una alta participación en el momento de la terapia, existen espacios en los cuales los voluntarios interactúan indirectamente con ellos, evidenciando una aceptación y actitud de agrado referente al trabajo de la fundación.

#### **4.6 EVALUANDO LA RECEPTIVIDAD DE LA RISA**

Unido a la cantidad de participación de los actores, el análisis del nivel de receptividad de la terapia de la risa es crucial a la hora de determinar su influencia en las habilidades comunicativas. Según la Real Academia Española, la receptividad es “la capacidad de una persona para recibir estímulos exteriores”<sup>576</sup>. Si hablamos de la receptividad de la risa, nos estamos refiriendo a esta última como un estímulo exterior que los pacientes reciben en el momento del encuentro con los actores. Partimos entonces de que un estímulo “es factor químico, físico o mecánico que consigue generar en un organismo una reacción funcional. Por lo general, puede afirmarse que un estímulo es aquello que posee un impacto o

---

<sup>575</sup> ENTREVISTA con practicante de enfermería del HUS. Op. cit., [Ver anexo No. 8].

<sup>576</sup> REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Banco de datos (CORDE) [en línea]. Disponible en: <www.rae.es> [citado el 22 de abril de 2012]

influencia sobre un sistema. En el caso de los seres vivos, el estímulo es aquello que origina una respuesta o una reacción del cuerpo.”<sup>577</sup> Si nos remontamos a las teorías de la comunicación, según la teoría propuesta por Harold D Laswell, en un proceso de comunicación, si no existe un estímulo, no habrá una respuesta asertiva. Es por eso que la risa, vista como un estímulo del cual depende la transmisión del mensaje, es crucial a la hora de evaluar la efectividad de la terapia en los pacientes.

El nivel de receptividad, en este caso, no puede medirse dentro de un rango numérico específico. Debe partir del análisis de las percepciones y el nivel de aceptación que manifiesten los actores del proceso. De esta manera, se puede concluir que existe una relación directamente proporcional entre el nivel de receptividad y la actitud de los actores y su nivel de participación (indicador anterior).

Dentro del grupo de voluntarios, se tiene un concepto generalizado que apoya la idea de un alto grado de receptividad por parte de los actores involucrados en la terapia. Así lo afirma uno de los voluntarios: “Los comentarios de los niños y los familiares han sido muy buenos, han sido muy gratificantes y por ellos es que hacemos la labor que hacemos”<sup>578</sup>. Para los voluntarios, la receptividad de la risa es medida por el vínculo que se genere con el paciente tratado. Así lo apoyan afirmaciones de algunos voluntarios que sostienen que: “Cuando hay una mejor actitud, un mejor ambiente, se evidencia un cambio en todos los aspectos. No podemos decir que somos la cura para las enfermedades, pero si podemos mejorar en algo ese proceso tan doloroso, lo seguiremos haciendo porque para nosotros más que medir el beneficio, nos importa el sentimiento que producimos en los niños”<sup>579</sup>.

---

<sup>577</sup> Disponible en: <<http://definicion.de/estimulo/#ixzz2NqC5lGli>> [citado el 17 de marzo de 2013].

<sup>578</sup> ENTREVISTA con Omar Camargo. Op. cit., [Ver anexo No. 12].

<sup>579</sup> ENTREVISTA con Jose Fernando Tovar. Op. cit., [Ver anexo No. 13].

De esta manera vemos cómo el nivel de receptividad que se genera durante la terapia, no se mide en la cura de las enfermedades, como normalmente se asocia, sino que al generar una alta receptividad, se crea un vínculo cercano entre los actores que les permite generar una comunicación asertiva que beneficie el proceso de mejoría y contribuya el estado anímico de los pacientes. Esto se apoya con las declaraciones de los voluntarios: “No somos la cura, no venimos a curar un cáncer con lo que hacemos, pero con la predisposición mental que dejamos en los pacientes, si hacemos que reaccionen mejor a los medicamentos, que sea más fácil atravesar la situación en que están pasando”<sup>580</sup>.

Estas afirmaciones se relacionan directamente con los estudios teóricos expuestos en el presente trabajo, viendo a la risa como un elemento que “proporciona beneficios psicológicos, emocionales, sociales, de comunicación y de calidad de vida”<sup>581</sup>. Es ahí en donde podemos evaluar el verdadero nivel de receptividad que tiene la terapia de la risa, en los beneficios sociales, emocionales y comunicativos que esta terapia ofrece a los actores involucrados en ella. Es por eso que al generar una comunicación asertiva, un impacto social y emocional en los pacientes, padres de familia y personal de salud del hospital; se está creando un alto nivel de receptividad que es perceptible por los mismos actores.

Esta opinión es compartida por los padres de familia, quienes reconocen que existe una alta receptividad en los niños en el momento de la terapia. Esto se ve evidenciado en testimonios como los de algunos de los padres al afirmar que:

“Mi hija tenía la autoestima baja, en cambio ya está mejor y ya tiene alta el autoestima. Acá el encierro es terrible, tanto para los niños como para la mamá. Los *clown* les traen actividades para que ellos no se aburran. Se hacen amigos de los niños y llegan a quererlos mucho. Yo creo que eso les ayuda a sentirse mejor”.

---

<sup>580</sup> ENTREVISTA con Juan Pablo Gómez. Op. cit., [Ver anexo No. E9].

<sup>581</sup> DEAN RA. Op. cit., p. 34.

De igual manera, los padres de familia resaltan la labor de los voluntarios ya que contribuyen en el mejoramiento del ambiente y el bienestar del hospital, argumentando que: “Los payasos vienen para que los niños se olviden de lo que tengan, así sea un dolorcito. Así se olvidan con una sonrisa que los payasos le hagan. La gente se relaja, el ambiente cambia,”<sup>582</sup>. Vemos entonces cómo esta receptividad se hace evidente y medible por el nivel de aceptación de los estímulos del proceso comunicativo.

En cuanto al personal de salud, en donde se analiza el nivel de receptividad en relación al impacto que tiene la terapia en los procesos comunicativos que se dan al interior del Hospital, vemos que existe un alto interés en el uso de la risa como elemento terapéutico y comunicativo para favorecer el ambiente hospitalario y lograr la comunicación asertiva en la institución. Según la comunicadora social del Hospital Universitario de Santander, “la experiencia en *clown* nuestra ha sido muy valiosa. Una parafernalia muy completa muy vistosa, no es por salir del paso, con la indumentaria, se preparan cantan, es muy bonito, y adicionalmente fortalece el clima laboral del HUS, porque el personal ve que es el amigo el que está vestido de clown entonces como que esa estrechez hace que todo sea más ameno y fluya, entonces todo eso está en pro de las buenas relaciones y buenas comunicaciones”<sup>583</sup>.

De esta manera se integran de manera formal el uso del lenguaje de la risa con el mejoramiento de las habilidades comunicativas del personal de salud, dando así un soporte real de este nivel de receptividad que tiene la terapia en la comunicación asertiva entre los actores. En ese orden de ideas y apoyando la teoría planteada anteriormente, “vemos cómo la comunicación efectiva es esencial a la hora de integrar la interacciones humanas, y el sentido del humor y la risa como experiencia vital desempeña un importante papel en la comunicación, además de ayudar a mantener un estado emocional y mental positivo que

---

<sup>582</sup> ENTREVISTA con Gladys Ester Caro. Op. cit., [Ver anexo No.15].

<sup>583</sup> ENTREVISTA con Sebastián Gónzales. Op. cit., [Ver Anexo No. 20].



compensa otras formas de comunicación inadecuadas o incluso fracasos completos en dicha comunicación”<sup>584</sup>.

Es allí cuanto encontramos la verdadera relación que existe entre el uso de la terapia de la risa y las habilidades comunicativas de los actores que participan en ella. La receptividad de la terapia de la risa, medida no sólo como el impacto que puede generar en la mejoría de la salud de los pacientes, sino entendida como un nivel de interrelación entre los mismos, generadora de vínculos entre los actores y propiciante de un ambiente comunicativo asertivo; se convierte la ficha clave a la hora de medir el impacto que tiene esta actividad en el proceso comunicativo que se lleva a cabo en el Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander. Un proceso que utiliza esta herramienta como elemento que ayuda a la comunicación y a la buena relación entre pacientes, voluntarios, padres de familia y personal de salud.

#### **4.7 CONCLUSIÓN: LA RISA, UN PUENTE COMUNICATIVO INTEGRAL**

Para el análisis de un fenómeno comunicativo y en general de las ciencias sociales, siempre será necesario articular la teoría existente con las concepciones empíricas que se evidencien del mismo. Es por eso que el anterior análisis se construye de forma integral, apoyando los datos encontrados en los métodos de recolección de información con los datos consultados en el marco de referencia teórica. Bajo este orden de ideas, y a manera de concertar conclusiones que expliquen el fenómeno de la risa como herramienta para mejorar las competencias comunicativas de los actores del Hospital Universitario de Santander, se encuentran las siguientes ideas fuertes.

En el primer indicador referente a el número de encuentros y de acuerdos entre los actores, se percibe que este primer encuentro se da de manera asertiva y en la mayoría de casos se logran un vínculo entre los pacientes, padres de familias y

---

<sup>584</sup> CARBELO. Op. cit., p. 109

voluntarios. Así lo evidencian las declaraciones de los diferentes actores que intervienen en el momento de la terapia, como los padres de familia, quienes aseguran que sus hijos crean una conexión cercana con los voluntarios. De igual manera, la identidad es uno de los elementos representativos de este encuentro, ya que es el punto de partida desde el momento de preparación de los voluntarios, en donde -como se evidenció en los métodos de observación- mantienen un momento de entrenamiento y encuentro con su estado *clown* y se mantienen en el transcurso de la interacción que tienen los actores.

En esta interacción la principal característica que se rescata es la identidad que se proyecta tanto entre los voluntarios con ellos mismos y en los niños con los *clown*. Se puede decir entonces que en estos encuentros se da un proceso identitario que fortalece los vínculos entre los actores y favorece una comunicación asertiva en el momento de la terapia.

De igual manera, par mantener dicha comunicación se utilizan diversos tipos de lenguajes los cuales se evidenciaron en el momento de la recolección de información. De esta manera en el segundo indicador analizado, referente al uso del lenguaje no verbal en el momento de la terapia, se concluyó que este tipo de lenguaje, tanto en los voluntarios como en el personal de salud tiene el mismo fin: facilitar la comunicación asertiva y permitir que los actores generen un vínculo. La risa y el uso que se le da de los elementos como la mirada, los movimientos y la posición corporal; son componentes de este proceso comunicativo que procura generar la mayor efectividad en la transmisión del mensaje. Esto se ve reflejado en las diferentes estrategias de comunicación y componentes complementarios a la terapia que son usados por los voluntarios para que, de esta manera, se pueda contribuir a mejorar el ambiente hospitalario y la calidad de vida de quienes conviven en él.

Unido al uso del lenguaje no verbal, se encontró una fuerte tendencia en la utilización de elementos complementarios de orden tangible e intangible, que

como complemento del lenguaje no verbal, apoyan el proceso de comunicación en el momento de la terapia. Como se constató en el momento de las entrevistas y el método de observación en el uso de juguetes didácticos, malabares, acrobacias, maquillaje artístico, canciones, cuentos, materiales para manualidades, representaciones artísticas, entre otros. En este orden de ideas, podemos concluir que el uso de dichos elementos complementarios a la terapia de la risa, tanto tangibles (juguetes, marionetas, disfraces, material didáctico, entre otros) como intangibles (artes circenses, música, teatro, entre otros), son un apoyo y un complemento al vínculo al proceso de comunicación, brindando un vínculo mucho más cercano y apoyado por la estimulación sensorial de los actores.

De esta manera, dichos elementos favorecen la transmisión del mensaje, propiciando una comunicación asertiva entre los actores y estimulando el uso de otros canales de comunicación en el momento de la terapia. Este puede ser el punto de partida para generar estrategias que utilicen el lenguaje no verbal como herramienta de comunicación para el personal de salud del HUS, ya que afianzar este tipo de ayudas comunicativas, facilita la transmisión del mensaje y la creación de un vínculo cercano entre los actores. Esto, complementado con una buena capacitación en el tema, puede generar un impacto significativo en las habilidades comunicativas del personal de salud.

Pero sin duda el mejor elemento de análisis para medir el impacto de la terapia y su verdadera efectividad en el proceso comunicativo es el estudio de la cantidad de participación y la actitud de los actores. En este indicador se reflejó que esta participación y actitud es diferente según el caso y varía respecto al momento del estudio. En este orden de ideas se destacan varios aspectos característicos. En un primer momento vemos como la terapia es vista como un encuentro asertivo altamente participativo integrando fuertemente a los pacientes y padres de familia. Lo anterior se reflejó en el momento de analizar las entrevistas, en donde gracias a los resultados, se pudo generalizar que existe un sentimiento de aceptación y

gratitud hacia los voluntarios, los cuales generan un vínculo que les permite transmitir el mensaje durante la terapia.

A si mismo, se evidencia que esta alta participación es mediada por la existencia de una necesidad distracción y entretenimiento en los niños, la cual suplen semanalmente con la terapia. Esto partiendo del análisis generado en donde se reflejan las necesidades de los pacientes, los cuales se encuentran en estado anímico atípico para su edad y condición. Nace entonces la posibilidad de generar estrategias que utilicen la terapia de la risa y la comunicación para suplir esta necesidades de distracción, buen trato y entretenimiento tanto de pacientes como de familiares. De igual manera y pese a que el personal de salud no tiene una alta participación en el momento de la terapia, existen espacios en los cuales los voluntarios interactúan indirectamente con ellos, evidenciando una aceptación y actitud de agrado frente al trabajo de la Fundación Corazón en Parches.

Ligado a esta cantidad de participación y actitud de los actores, se enfatizó en en análisis del nivel de receptividad de la terapia, tanto en los pacientes y familiares, como en el personal de salud y los voluntarios. Es allí cuando se encuentra la verdadera relación que existe entre el uso de la terapia de la risa y las habilidades comunicativas de los actores que participan en ella. La receptividad de la terapia de la risa, medida no sólo como el impacto que puede generar en la mejoría de la salud de los pacientes, sino entendida como un nivel de interrelacion entre los mismo, generadora de vínculos entre los actores y propiciante de un ambiente comunicativo asertivo; se convierte la ficha clave a la hora de medir el impacto que tiene esta actividad en el proceso comunicativo que se lleva a cabo en el pabellón de pediatría del Hospital Universitario de Santander. Un proceso que utiliza esta herramienta como elemento que ayuda a la comunicación y a la buena relación entre pacientes, voluntarios, padres de familia y personal de salud.

## 5. CAPÍTULO V

### DIMENSIONES ESTRATÉGICAS DE LA COMUNICACIÓN ASERTIVA

El capítulo que se presenta a continuación busca responder a unos de los objetivos planteados al inicio de esta investigación, el cual se encamina a proponer una estrategia de comunicación que, apoyada en la terapia de la risa como un lenguaje terapéutico, combine la comunicación verbal y no verbal, y ayude a mejorar las competencias comunicativas del personal de salud del pabellón de pediatría del Hospital Universitario de Santander.

En este caso, para el análisis de las habilidades comunicativas del personal de salud, se aplicaron entrevistas a enfermeras y practicantes del pabellón, y se designó un formato de método de observación que se completó tras varias visitas al hospital. Posteriormente se tabuló y analizó la información recolectada, todo esto bajo tres variables designadas al comienzo de este estudio: competencias comunicativas, risa e imaginarios.

A partir de dichos resultados, se plantea una estrategia de comunicación que, de mano de la Fundación Corazón en Parches, tenga como objetivo fortalecer las competencias comunicativas del personal de salud que tiene contacto directo y continuo con los pacientes y familiares del pabellón de pediatría del HUS. Como segunda medida se busca que, en efecto dominó, la relación médico-paciente, o enfermera-paciente, se vea altamente beneficiada al darse una mejora en el interactuar de estos mismos.

Este punto es de gran importancia, ya que como se ha venido mencionando, la relación médico-paciente se ha centrado en solo diagnóstico clínico por parte de éste primero, y la relación que se genera con el paciente ha quedado en un

segundo plano, “desatendiendo las demás dimensiones de la persona”<sup>585</sup> que en últimas tienen cierta o mucha “relación con el origen de la enfermedad, las estrategias terapéuticas y su prevención”<sup>586</sup>. Y en última instancia, lo que se busca es que al mejorar las competencias comunicativas del personal de salud, la relación médico paciente mejore, y por lo tanto el ambiente en el que se encuentran sometidos los niños y niñas con enfermedades terminales del pabellón de pediatría cambie. De esta manera se contribuye a generar un ambiente más propicio para su óptimo desarrollo físico y psicológico.

Se escoge entonces una estrategia de comunicación para cumplir con este objetivo ya que se presenta como un medio efectivo y regulable, tal y como lo afirma el diccionario de la Real Academia Española<sup>587</sup> y además porque, como lo expresa Enrique C. Arellano en su ensayo ‘Comunicación como un principio de integración/interacción dentro de las organizaciones’:

“Los actores sociales en su necesidad de interacción, construyen un sistema de relaciones, en donde el grado de complejidad depende de la cantidad y calidad de eventos, personas y situaciones involucrados. Para diseñar un entramado informativo el cual tenga como fin lograr conexiones exitosas, es necesario planear una estrategia de comunicación”<sup>588</sup>.

Teniendo en cuenta que lo que se busca es lograr conexiones o relaciones exitosas entre el personal de salud, los pacientes y sus familiares; una estrategia de comunicación resulta apropiada para generar acciones que, de la mano de la terapia de la risa, logren dar respuesta a esta oportunidad de mejora que finalmente terminará beneficiando a los niños con enfermedades terminales de dicho Pabellón de Pediatría.

---

<sup>585</sup>BOHÓRQUEZ. Op. cit., Disponible en : <<http://revista.iered.org>>

<sup>586</sup> BOHÓRQUEZ. Op. cit.,

<sup>587</sup> REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Banco de datos (CORDE) [en línea]. Disponible en: <[www.rae.es](http://www.rae.es)> [citado el 19 de marzo de 2012]

<sup>588</sup> ARELLANO C, Enrique. La estrategia de comunicación como un principio de integración/interacción dentro de las organizaciones. Disponible en: <<http://www.www.razonypalabra.org.mx/anteriores/supesp/estrategia.htm>> [citado el 19 de marzo de 2013]

Este capítulo se estructuró comenzando por un acercamiento a la definición de estrategia y el surgimiento de este término para dar entrada a las estrategias que se desarrollaron en la medida en que se explican los resultados que se encontraron tras el análisis de la información recolectada en cada variable mencionada anteriormente (competencias comunicativas, risa e imaginarios).

En este orden de ideas, el capítulo está dividido en: Definición y acercamiento al término estrategia, presentación de la estrategia, justificación de la misma; acompañada de extractos de las entrevistas aplicadas al personal de salud y base teórica, y por último, las acciones que conforman dicha estrategia. También, en cada estrategia se presenta una tabla de medio que concreta las acciones como tal, y que clarifican de forma puntual informaciones como: descripción, lugar, fecha, duración, medio de apoyo y el (o los) responsables de la acción. Por último, al completar el planteamiento de las acciones que conforman cada estrategia, se presentan las conclusiones finales.

## **5.1 ACERCÁNDONOS POR MEDIO DE ESTRATEGIAS COMUNICATIVAS**

El término estrategia, tal y como se aplica en estos tiempos al ámbito empresarial y administrativo, “proviene del término griego *strategós*<sup>589</sup> que significa el direccionamiento de los ejércitos o milicias por medio del cual se buscaba trazar planes de guerra que les asegurara la derrota del enemigo, o que significara, al menos, un debilitamiento notable en el enemigo. Ya trataba Sun Tzu en ‘El Arte de la Guerra’, “el primer texto clásico de la ciencia de la estrategia en los conflictos”<sup>590</sup>, escrito alrededor del año 260 d.C.<sup>591</sup>, y considerado además como “el libro de estrategia más prestigioso e influyente del mundo”<sup>592</sup>, los principios de la guerra y la planeación y ejecución de la estrategia como base primordial para lograr la victoria en tiempos de guerra.

---

<sup>589</sup> MAROTO CARRIÓN, Juan. Estrategia De la visión a la acción. 2 ed. Madrid, España: ESIC. 2007. p. 24.

<sup>590</sup> CLEARY, Thomas. En: El arte de la guerra Sun Tzu. Majluf (The Strategy Concept and Process. A Pragmatic Approach). Edición 2006. EDAF. p. 11.

<sup>591</sup> MAROTO. Op. cit., p. 23.

<sup>592</sup>El Arte de la Guerra Sun Tzu. Op. cit., p. 7.

Se relacionaba entonces la estrategia en las milicias como “la creación de un plan global para establecer una posición favorable mediante el despliegue de una serie de recursos (...) que facilitara ganar la guerra”<sup>593</sup>. A partir de esto, el concepto de estrategia fue evolucionando junto con los cambios de productividad y consumismo del ser humano como actor activo en los procesos empresariales y administrativos de las organizaciones<sup>594</sup>, tras la industrialización y el posmodernismo, y ha llegado a condensarse en lo que Has y Majluf definen como una “dirección intencionada al cambio para conseguir ventajas competitivas”<sup>595</sup>, o como la define el autor David Fred, “las estrategias son los medios para lograr objetivos”<sup>596</sup>. Una concepción más completa es la sustentada por Andrews Kenneth R. al conjugar su definición y exponer que una “estrategia es el patrón de los objetivos, propósitos o metas y las políticas y planes esenciales para conseguir metas establecidas”<sup>597</sup>.

Todos estos autores concuerdan en varios puntos, y son que la estrategia surge de la necesidad de un plan de ordenamiento, que esté dirigido a cumplir unos objetivos ya establecidos con base en necesidades previstas y anticipadas, y que se plantea unos medios a través de los cuales, se pretende realizar las acciones que llevará a cumplir con dichos objetivos.

Se habla entonces de estrategia de comunicación cuando los objetivos determinados que se desean alcanzar son inherentes a “las propias teorías de la comunicación, la creatividad y la forma de entender ambos factores por quien va a idear el mensaje”<sup>598</sup>, es decir, como afirman José María Ferré Trenzano y Jordi

---

<sup>593</sup> MAROTO. Op. cit., p. 24.

<sup>594</sup>Universidad Nacional de Colombia. Disponible en: <[http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/sedes/manizales/4010014/Contenidos/Capitulo5/Pages/5.2/52Definicion\\_estrategia.htm](http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/sedes/manizales/4010014/Contenidos/Capitulo5/Pages/5.2/52Definicion_estrategia.htm)> [cital el 21 de febrero 2012].

<sup>595</sup>CLEARY. Op. cit., p. 26.

<sup>596</sup>Universidad Nacional de Colombia. Op. cit., Disponible en: <[http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/sedes/manizales/4010014/Contenidos/Capitulo5/Pages/5.4/54Autores\\_sobre\\_estrategia.htm](http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/sedes/manizales/4010014/Contenidos/Capitulo5/Pages/5.4/54Autores_sobre_estrategia.htm)>

<sup>597</sup> Ibid., Disponible en: <[http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/sedes/manizales/4010014/Contenidos/Capitulo5/Pages/5.4/54Autores\\_sobre\\_estrategia.htm](http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/sedes/manizales/4010014/Contenidos/Capitulo5/Pages/5.4/54Autores_sobre_estrategia.htm)>

<sup>598</sup> TRENZANO FERRÉ, José María Y NADAL FERRÉ, Jordi. Políticas y estrategias de comunicación y publicidad. Cómo gestionar la comunicación global de la empresa y diseñar una campaña de publicidad.



Ferré Nadal, en su texto 'Políticas y estrategias de comunicación y publicidad', se entiende la estrategia de comunicación "cuando los objetivos de esta son imperativos a un lenguaje inteligible para el público receptor, para que los pueda asimilar debidamente"<sup>599</sup>. Esto se traduce en que los principios de la estrategia de comunicación, están fundamentados en la necesidad de generar un mensaje (por supuesto altamente comunicativo) que llegue a ser comprendido por la totalidad de los sentidos del receptor o público al cual va dirigido.

De esta manera, se puede afirmar que una estrategia de comunicación es la herramienta idónea sobre la cual trazar las acciones por medio de las cuales se pretenda responder a las necesidades de mejora encontradas en el Hospital Universitarios de Santander, específicamente en el personal de salud del Pabellón de Pediatría y sus competencias comunicativas. Es de esperar, tras la aplicación de las tácticas y acciones comprendidas dentro de esta estrategia, que el objetivo planteado al inicio del capítulo sea exitosamente logrado.

## **5.2 ESTRECHANDO LAZOS**

La primera estrategia que se plantea a continuación como parte del plan de comunicación que se traza para el logro del objetivo planteado al inicio de este capítulo responde al fortalecimiento de las competencias comunicativas de las enfermeras que interactúan con los niños del pabellón de pediatría del HUS.

Referente a lo que implica una competencia, Ansorena Cao, 1996 y Levy-Leboyes, 1997; definen que "ser competente consiste en desempeñar con éxito tareas específicas del puesto de trabajo"<sup>600</sup>, en este caso, se hace alusión a competencias específicas de un profesional o de un lugar de trabajo, y esto se resuelve, por supuesto, al atender a las necesidades de la empresas para la cual

---

Guías prácticas de marketing, prontuarios y check lists No. 4. Madrid, España: Díaz de Santos S.A.1996. p. 11.

<sup>599</sup> TRENZANO. Op. cit., p. 11.

<sup>600</sup> NIETO AUGUST, Sonia. GUMBAU AGRU, Rosa María. Una aproximación psicosocial al estudio de las competencias. Universitat Jaume I Castellón. [PDF en línea] [citado el 21 de febrero de 2013]. p.1.

se trabaja, desde la labor personal a desempeñar. Sin embargo, competencia va más allá de los objetivos específicos con los que debe cumplir un trabajador, pues también se denomina ser competente a la capacidad de dicha persona o trabajador de “saber desenvolverse en frecuentes situaciones menos programadas, en un entorno inestable”<sup>601</sup>.

En este caso, estamos hablando entonces de desarrollar capacidades comunicativas que les permitan a las enfermeras del Pabellón de Pediatría, responder a las situaciones diarias que se presentan con los niños con enfermedades terminales, y con los padres de familia. Esto con el fin de desempeñar su labor con éxito. Y es claro, que por su profesión como enfermeras, una de esas tareas específicas -quizá la más importante y necesaria- es lograr un proceso adecuado de comunicación tanto con los paciente como con sus familiares, por medio del cual ambas partes lleguen a acuerdos y establezcan una relación más estrecha. De igual forma, que posibilite la generación de un espacio idóneo para el óptimo desarrollo psicológico de los niños con enfermedades terminales, que en últimas es lo que se pretenden con el desarrollo de este objetivo.

Al hablar del término ‘acuerdo’, está claro, como lo define el Diccionario de la Real Academia, que se está hablando de un “convenio entre dos o más partes”<sup>602</sup>, y que éste ha sido premeditado por aquellas partes. Sin embargo, en las encuestas aplicadas a las enfermera, se encontró que hay oportunidades de mejora en cuanto a establecer los acuerdos entre ellas y los padres de familia del pabellón ya que, como lo afirma uno de los practicante de enfermería: “A veces es difícil, es muy difícil porque la familia no acepta el tipo de enfermedad que tiene el paciente, entonces es como conflictivo”<sup>603</sup>.

---

<sup>601</sup> NIETO. Op. cit., Ibid., 1.

<sup>602</sup> REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Banco de datos (CORDE) [en línea]. Disponible en: <[www.rae.es](http://www.rae.es)> [citado el 11 de marzo de 2013]

<sup>603</sup> ENTREVISTA con enfermera jefe del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander. Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 2]

De entrada queda claro que el proceso de comunicación no se está logrando con éxito, ya que entre las partes no hay un primer acuerdo sobre la situación de vulnerabilidad y de enfermedad en la que se encuentra el paciente. Es aquí donde ésta estrategia juega un papel fundamental, ya que unos de los puntos de foco al pretender que las enfermeras desarrollen mejores competencias comunicativas, se fija en poder lograr, de mano del especialista psicólogo de cabecera, que los padres acepten la enfermedad de sus hijos. Este primer acuerdo es indispensable y de gran relevancia para comenzar a tejer lazos fuertes que lleven a los padres a una relación más estrecha con el personal de salud.

Como se ha planteado, estas acciones están direccionadas a mejorar el ambiente en el que se encuentran inmersos los pacientes, para ofrecerles mejores condiciones en las que se pueda dar un óptimo desarrollo psicológico a esta población.

Cuando se habla de desarrollo psicológico del niño se está haciendo referencia al desarrollo cognitivo y social del mismo. Dicho desarrollo “hace referencia a las habilidades mentales, como memoria, aprendizaje, razonamiento y pensamiento (...) la manera personal del ver el mundo, el sentido de sí mismo, las emociones y la forma de relacionarse con los demás”<sup>604</sup>. Por supuesto, el entorno en el que se ven envueltos los niños terminales -el hospital- afecta su desarrollo psicológico ya que este no es precisamente el ambiente más adecuado en el que un infante deba desenvolverse, ya que “los cambios que se puedan presentar en su desarrollo psicológico están fuertemente relacionado con los aspectos emocional”<sup>605</sup>. De manera complementaria, como se ha mencionado en capítulos anteriores, la condición terminal de estos niños y su prolongada estadía en el hospital hace que desarrollen ansiedades y estrés. Como afirma la psicóloga Carmen Barajas Esteban en el libro ‘Perspectivas sobre el desarrollo psicológico’, “el aspecto más

---

<sup>604</sup> Psicología, medicina, salud, y terapias alternativas. Disponible en: <<http://www.cepvi.com/psicologia-infantil/introduccion2.shtml>> [cital el 11 de marzo de 2013].

<sup>605</sup> Ibid. Disponible en: <<http://www.cepvi.com/psicologia-infantil/introduccion2.shtml>>

significativo del entorno humano lo constituyen, sin duda, las propias personas que rodean a cada individuo”<sup>606</sup>.

En este orden de ideas, las enfermeras del pabellón de pediatría se convierten en parte fundamental para el buen desarrollo psicológicos de los niños, y se ve, en la importancia que tiene el llevar a cabo un proceso de comunicación exitoso que permita gestar buenas relaciones entre los actores, que esta estrategia es la base fundamental para comenzar a establecer esquemas por medio de los cuales el ambiente en el que se ven inmersos los niños terminales del HUS pueda mejorar y contribuir a una instancia más amena en el pabellón.

A continuación se plantean dos acciones que integran esta primera estrategia, y dan viabilidad al cumplimiento del objetivo planteado con las enfermeras del pabellón de pediatría. Dichas acciones serán estratégicamente guiadas por personal idóneo en el tema y un representante competente en comunicación, responsable del desarrollo de las acciones en conjunto.

### **5.2.1 HÁBLAME, ENTIÉNDEME, QUIÉREME**

Esta primera acción está enfocada en fortalecer las competencias verbales del personal de salud, más específicamente de las enfermeras del pabellón de pediatría del HUS.

Por supuesto, trabajar en el tema de la salud es una condición que implica un contacto de manera directa entre actores con características muy diferentes que convergen en un mismo punto, el bienestar físico y mental del paciente. La comunicación es parte esencial en este proceso, es el fundamento sobre el cual se comienzan a dar las relaciones dentro del ambiente hospitalario, y se convierte además en gestora de los procesos que se desarrollan con cada encuentro entre enfermeras, paciente y familiares.

---

<sup>606</sup> BARAJAS ESTEBAN, Carmen. Perspectivas sobre el desarrollo psicológico: teoría y prácticas. En: La psicología del desarrollo y las psicología popular. Madrid, España: Pirámide. 2007. p. 61.

Una de las enfermeras auxiliares entrevistadas, afirma que para ella es importante “crear un vínculo muy cercano con los niños y los papitos, para que ellos lo traten a uno bien y le tengan confianza, y no le cojan a uno miedo”<sup>607</sup>, y esto se logra, en un primer momento, gracias a la asertividad con la que se da el primer encuentro entre estos actores y por la habilidad que tenga la enfermera para acercarse a los pacientes y a sus familiares, y generar en ellos confianza.

Marta Virginia, en su texto ‘Técnicas de comunicación oral’, expresa que “la comunicación va más allá (de solo exteriorizar lo que uno piensa, siente o desea), sino que además lleva implícita la intención del emisor de transmitir algo a otras personas, para producir en ella alguna respuesta o reacción”<sup>608</sup>. En el testimonio expuesto anteriormente es claro que la enfermera, explícitamente, nos muestra su intención de generar confianza tanto en los pacientes como en sus familiares y es por medio de la comunicación verbal que siente poder alcanzar su objetivo.

Además de esto es importante tener en cuenta que "para que la comunicación pueda producirse, se requiere, además, la utilización de un lenguaje conocido tanto por el emisor como por el receptor, mientras que la expresión no necesita un lenguaje común entre ambos”<sup>609</sup>. Se está hablando entonces de que el proceso de comunicación requiere una intención que produzca algún tipo de reacción en el actor receptor y, además, para conseguir dicha intención, ambos actores (emisor y receptor) necesitan un mismo lenguaje, un mismo código bajo el cual regir su comunicación verbal. Es fundamental que esto les permita que, tanto ese primer encuentro como los próximos, no queden frustrados en mensajes inalcanzables e inentendibles para alguna de las partes.

---

<sup>607</sup> ENTREVISTA con enfermera auxiliar del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander. Op. cit., [Ver anexo No. 4]

<sup>608</sup> MÜLLER DELGADO, Marta Virginia. Técnicas de comunicación oral. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica. 1999. Disponible en: <[http://books.google.com.co/books?id=ImawHtIVPU4C&pg=PA14&dq=comunicacion+verbal&hl=es&sa=X&ei=EE1CUa-SK63D4APA64FY&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.co/books?id=ImawHtIVPU4C&pg=PA14&dq=comunicacion+verbal&hl=es&sa=X&ei=EE1CUa-SK63D4APA64FY&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)> [citado el 11 de marzo de 2013].

<sup>609</sup> Ibid., Disponible en: <[http://books.google.com.co/books?id=ImawHtIVPU4C&pg=PA14&dq=comunicacion+verbal&hl=es&sa=X&ei=EE1CUa-SK63D4APA64FY&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.co/books?id=ImawHtIVPU4C&pg=PA14&dq=comunicacion+verbal&hl=es&sa=X&ei=EE1CUa-SK63D4APA64FY&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)>

Al hablar de encuentros y acuerdos entre dos o más actores, se está hablando de aquello que uno de los teóricos de la comunicación, Jürgen Habermas, denominó como la acción comunicativa<sup>610</sup>, la cual se expresa en “la interacción entre dos sujetos capaces de comunicarse lingüísticamente y de efectuar acciones para establecer una relación interpersonal”<sup>611</sup>. Es decir; comunicar no es solo hablar. Comunicar responde a unas necesidades del ser humano como ser social y racional que lo llevan a buscar formas por medio de las cuales obtener y lograr acuerdos, que establezcan una relación como ya se mencionaba al citar a Habermas, y además de esto es imprescindible la utilización de un mismo lenguaje entre los actores para poder alcanzar los objetivos que cada individuo se plantee al momento de comenzar un proceso comunicativo.

En este orden de ideas, es clave que “para que la comunicación pueda producirse, se requiere, además; de la utilización de un lenguaje conocido tanto por el emisor como por el receptor”<sup>612</sup>, o como bien se expresa en el libro ‘Jürgen Habermas y el proyecto moderno’, de Mario Heler:

“Para que la aceptación (entre el hablante y el oyente) se produzca, y se llegue a acuerdo, es necesario que ambos interlocutores entiendan de la misma manera la emisión(...) Además, tiene que existir un conocimiento compartido de las condiciones bajo las cuales puede ser aceptado como válido lo enunciado. Tales condiciones vienen dadas por el contexto normativo común a los participantes en la comunicación”<sup>613</sup>.

Al revisar estos postulados y la teoría de la acción comunicativa de Habermas, se dan luces y queda clara la importancia de brindarles herramientas al personal de salud del pabellón de pediatría que permitan desarrollar sus habilidades verbales,

---

<sup>610</sup> JÜRGEN AUTOR, Habermas. Teoría de la acción comunicativa: Complementos y estudios. Traducido por Manuel Jiménez Redondo. Cuarta edición, Cátedra 2001.

<sup>611</sup> GARRIDO VERGARA, Luis. En: Razón y palabra. [en línea] Disponible en: <[http://www.razonypalabra.org.mx/N/N75/ultimas/38\\_Garrido\\_M75.pdf](http://www.razonypalabra.org.mx/N/N75/ultimas/38_Garrido_M75.pdf)> [cital el 12 de marzo de 2013].

<sup>612</sup> MÜLLER. Op. cit., p. 13.

<sup>613</sup>HELER, Mario. Jürgen Habermas y el proyecto moderno. Buenos Aires: Biblos. 2007. p. 73. Disponible en: <<http://books.google.com.co/books?id=S35WDHOjTjgC&pg=PA71&dq=teoria+de+la+accion+comunicativ&hl=es&sa=X&ei=dJVCUeHgJZTF4APvjYCoDw&ved=0CDMQ6AEwAQ#v=onepage&q=teoria%20de%20la%20accion%20comunicativ&f=false>>

pensadas para el contexto en el cual se desenvuelven a diario, y que sean estas mismas las que les lleven a las enfermeras a establecer la relación de cercanía y de amistad con los pacientes terminales, a fin de propiciar un ambiente adecuado para ambas partes.

Lo mencionado anteriormente lleva a concluir que, efectivamente, es de gran importancia centrar esfuerzos en el desarrollo de las competencias comunicativas del personal de salud, ya que como se afirma en el texto ‘La relación enfermera-paciente’, “una comunicación no se centra solamente en transmitir una información, sino también en la relación del emisor con el receptor”<sup>614</sup>, y es clave, en este punto, que las relación entre las enfermeras y los pacientes va a verse altamente beneficiada tanto como se logren desarrollar formas asertivas de comunicación entre estos actores, comenzando por estas las enfermeras, quienes son en ultimas las que están ofreciendo un servicio social a la comunidad.

Se presenta a continuación la tabla de medios, que responde a la información detalle de la acción anteriormente planteada, a modo de sintetizar y extraer lo que será la primera parte de la estrategia *Estrechando lazos*, y cómo se llevará a cabo:

<b>Tabla de medios</b>	
<b>Descripción</b>	Ofrecer capacitaciones para mejorar las habilidades comunicativas verbales del personal de salud del Pabellón de Pediatría del HUS.
<b>Lugar</b>	Salón especial que ofrezca la caja de compensación del HUS.
<b>Tiempo</b>	De 3 a 4 sesiones

---

<sup>614</sup> ARCE, María del Carmen Y CIBANAL, Luis. La relación enfermera-paciente. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia. Segunda edición. 2009. Disponible en: <[http://books.google.com.co/books?id=VFZkM262C6lC&printsec=frontcover&dq=Enfermera+y+su+relacion+con+el+paciente&hl=es&sa=X&ei=3oVMUb\\_mF5Ok8ATh34DADA&ved=0CCsQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.co/books?id=VFZkM262C6lC&printsec=frontcover&dq=Enfermera+y+su+relacion+con+el+paciente&hl=es&sa=X&ei=3oVMUb_mF5Ok8ATh34DADA&ved=0CCsQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false)> [citado el 13 de marzo de 2013]

<b>Tabla de medios</b>	
<b>Periodicidad</b>	Cada 2 meses.
<b>Responsables</b>	Comunicador organizacional del Hospital Universitario de Santander.
<b>Costo Mensual</b>	\$ 1' 200. 000
<b>Costo Anual</b>	\$ 3' 800. 000
<b>Medio de apoyo</b>	Diálogos con los familiares de los niños y niñas del Pabellón.

Dentro de las acciones que pueden llegar a comprender una estrategia de comunicación, las capacitaciones se muestran como grandes campos de aprendizaje por medio de los cuales se les brinda al personal de una determinada organización la oportunidad de mejorar y desarrollar notablemente “sus conocimientos, habilidades y actitudes, de manera más eficaz a fin de mejorar su rendimiento presente o futuro”<sup>615</sup>. Además de esto, la socióloga magister en educación Nilda Vizcarra Reyna, afirma que las capacitaciones “repercuten en el individuo de dos diferentes maneras: Eleva su nivel de vida: a través del mejoramiento de sus ingresos, por medio de esto tiene la oportunidad de lograr una mejor plaza de trabajo y aspirar a un salario mejor. Eleva su productividad: esto se logra cuando el beneficio es para ambos, es decir empresa y colaborador”<sup>616</sup>.

Por otra parte, Cecilia Maldonado Sebastiani, Gerente de Recursos Humanos de Nextel del Perú, plantea cuatro criterios para identificar las necesidades de capacitación del personal dependiendo del área en el que este se desarrolle. Dentro de estos cuatro criterios se mencionan: “los objetivos de la organización a mediano y corto plazo, los resultados de evaluación de desempeño, el análisis de

<sup>615</sup> REYNA VIZACARRA, Nilda. Mundo MyPE. [en línea]. Disponible en: <<http://www.mundomype.com/articulos/44-recursos-humanos/167-importancia-de-la-capacitacion-para-las-mype.html>> [citado el 13 de marzo de 2013].

<sup>616</sup> Ibid., Disponible en: <<http://www.mundomype.com/articulos/44-recursos-humanos/167-importancia-de-la-capacitacion-para-las-mype.html>>



los resultados de clima laboral y por último, identificar las necesidades específicas y técnicas de cada área<sup>617</sup>. Estos dos últimos aspectos se estudiaron, evidenciaron y analizaron con la aplicación de la metodología correspondientes a encuestas y métodos de observación al personal de salud del HUS, de lo cual se rescatan aspectos de apoyo y criterio para la planeación de capacitaciones que ayuden a desarrollar las competencias verbales de las enfermeras del Pabellón de Pediatría.

Dichos aspectos o criterios se ven reflejados, tal y como lo menciona el Jefe de Departamento de Comunicadores de la Foscál, Fernando Gómez; en el desinterés de los profesionales de la salud por las habilidades comunicativas y afirma que “muy poca gente se preocupa por estas, más bien se preocupan por el ejercicio de su profesión directa<sup>618</sup>. Además añade que “no es prioritario para la Clínica analizar a profundidad este tipo de situaciones, o evaluar la calidad de las comunicaciones<sup>619</sup> sino que por el contrario es común encontrar que estas entidades “dan por sentado que todo profesional tiene las competencias profesionales, las capacidades suficientes y necesarias para desenvolverse<sup>620</sup>. Sin embargo esto no es así, pues “la verdad es que a los médicos no les interesa mucho parte del lenguaje como tal<sup>621</sup>, asegura el docente Jimmy Fortuna Vargas, quien además expresa que el interés de estos profesionales no va más allá de la prescripción médica y ortografía básica.

Además de esta información, tras la aplicación del método de observación, se confirmó que el personal de salud en específico las enfermeras carecen de habilidades comunicativas óptimas para llevar a cabo procesos comunicativas que generen vínculos estrechos con los niños hospitalizados y con sus familiares. Se evidenció cierta distancia en la interacción de los actores enfermera-paciente

---

<sup>617</sup> MALDONADO SEBASTINI, Cecilia. La importancia de la capacitación. [en línea] Aptitus, el blog de los recursos humanos. 2009. Disponible en: <<http://aptitus.clasificados.pe/blog/capacitacion/entrevista-a-la-sra-cecilia-maldonado-sebastiani-gerente-de-recursos-humanos-de-nextel-del-peru/>> [citado el 13 de marzo de 2013].

<sup>618</sup> ENTREVISTA con Fernando Gómez. Op. cit., [Ver anexo No. 21]

<sup>619</sup> Ibid., [Ver anexo No. 21]

<sup>620</sup> Ibid., [Ver anexo No. 21]

<sup>621</sup> ENTREVISTA con Jimmy Fortuna Vargas. Op. cit., [Ver anexo No. 22]

pues, como afirmó el docente Jimmy Fortuna Vargas, “las visitas de las enfermeras a las habitaciones de los pacientes se centran en revisar sus signos vitales”<sup>622</sup>, aplicar medicamentos, revisar el suero y demás medidas de control. Tan pronto termina la revisión o la aplicación del medicamento, la enfermera sale de la habitación y el proceso comunicativo termina logrando algo menos que un punto de equilibrio en el que ambas partes intercambien información y experiencias que los acerquen como sujetos activos, parte de un mismo ambiente.

Todo esto se ve representado en la ambigüedad de un Pabellón de Pediatría que, al ser un lugar en el cual se tratan niños con enfermedades terminales, se esperaría que fuera un ambiente cálido y adaptado a las necesidades y derechos de la niñez, más aun cuando esta está representada en un estado de vulnerabilidad por su condición terminal, aunque necesariamente, esta no sea la situación. Por una parte, dentro de la declaración de los derechos del niño hospitalizado reconocidos por la Sociedad Colombiana de Pediatría en el 2004, se expresa que estos tienen en derecho de “ser cuidados por personal capacitado, cuyo entrenamiento y habilidades les permita responder a las necesidades físicas y emocionales de los niños y sus familias y que sea conocedor y respetuoso de sus derechos. Además de recibir atención personalizada, trato digno, amable, comprensivo y respetuoso”<sup>623</sup>.

De la mano de los derechos del niño hospitalizado, se incluye lo que para este grupo son sus necesidades básicas y primarias, entendiendo necesidades como “aquello a lo cual es imposible sustraerse, faltar o resistir”<sup>624</sup>. Es decir; una necesidad es aquello que es vital para vivir, más que sobrevivir. Son aspectos en los cuales los seres humanos se deben sentir satisfechos para lograr un desarrollo pleno de aspectos como la autoestima, la superación, y el cumplimiento de objetivos personales y laborales.

---

<sup>622</sup> ENTREVISTA con Jimmy Fortuna Vargas. Op. cit., [Ver anexo No. 22]

<sup>623</sup> SOCIEDAD COLOMBIANA DE PEDIATRÍA. 2004. [PDF en línea]. Disponible en: <<http://www.scp.com.co/ArchivosSCP/PediatrasyDerechos/Declaracion.pdf>> [citado el 13 de marzo de 2013].

<sup>624</sup> REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Banco de datos (CORDE) [en línea]. Disponible en: <[www.rae.es](http://www.rae.es)> [citado el 13 de marzo de 2013]

Ya lo explicaba el psicólogo humanista Abraham Maslow en 1934 cuando expuso su pirámide de necesidades. En esta teoría Maslow postuló que “conforme se satisfacen las necesidades básicas, los seres humanos desarrollan necesidades y deseos más elevados”<sup>625</sup>. En la segunda y tercera planta de la base de la pirámide se encuentran las necesidades de Seguridad y Afiliación las cuales responden a: necesidades de cariño y necesidad de sentir seguridad y protección<sup>626</sup>.

Lo cual no difiere en absoluto de los derechos que se plantan para la población infantil en estado de hospitalización, por lo cual es más que evidente que los niños tienen necesidad y derecho al afecto, a la diversión y esparcimiento, a la recreación, derecho a que “sean tomadas todas las precauciones para mitigar el estrés y el dolor físico y emocional”<sup>627</sup> resultante de su condición. Por lo tanto, esta población merece estar rodeada de personal capacitado, en condición de responder no solo a sus necesidades fisiológicas, sino que también estén aptos para enfrentar las necesidades emocionales y sociales que surjan durante la estadía de los pacientes en el hospital.

Es entonces perceptible que la mejora y el uso constante de las habilidades comunicativas de las enfermeras deriva en un ambiente más adecuado para las necesidades de estos niños, ya que como se cita a la autora Isabel Pérez de Maldonado en el texto ‘Clima organizacional y gerencia’, “el ambiente o clima organizacional puede ser entendido como un fenómeno socialmente construido, que surge de las interacciones individuo-grupo y condiciones de trabajo, lo que da como resultado un significado a las experiencias individuales y grupal, debido a que lo que pertenece y ocurre en la organización afecta e interactúa con todo”<sup>628</sup>.

---

<sup>625</sup> DURO, Esther. Disponible en: <[http://encina.pntic.mec.es/plop0023/psicologos/psicologos\\_maslow.pdf](http://encina.pntic.mec.es/plop0023/psicologos/psicologos_maslow.pdf)>

<sup>626</sup> HIDALGO GARCIA, María Victoria. SÁNCHEZ HIDALGO, José Y LORENCE LARA, Bárbara. Procesos y necesidades de desarrollo durante la infancia. En: Revista Educación. Universidad de Sevilla. 2008. Disponible en: <<http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/2150/b1548001x.pdf?sequence=1>> [citado el 13 de marzo de 2013].

<sup>627</sup> SOCIEDAD COLOMBIANA DE PEDIATRÍA. Op. cit., Disponible en: <<http://www.scp.com.co/ArchivosSCP/PediatrasyDerechos/Declaracion.pdf>>

<sup>628</sup> PÉREZ DE MALDONADO, Isabel. MALDONADO PÉREZ, Marisabel Y BUSTAMANTE UZCÁTEGUI, Suleima. Clima organizacional y gerenci: Inductores del cambio organizacional. En: Investigación y Postgrado.

Y como respuesta a las oportunidades de mejora que se presentan en el ambiente del Pabellón de Pediatría del HUS, es que se plantean las capacitaciones enfocadas en las habilidades de tipo verbal de las enfermeras.

Por todo cuanto una capacitación implica, esta deber ser desarrollada por profesionales idóneos en el tema a trabajar. Como se afirma en el artículo 4º del Decreto Ley 1567 de 1998, “el contenido de la capacitación debe ser integral para complementar los conocimientos necesarios en la consolidación de las competencias laborales requeridas para el correcto ejercicio del cargo”<sup>629</sup>. Por tal razón, la persona encargada de llevar a cabo las capacitaciones debe ser el mismo comunicador organizacional del Hospital Universitarios de Santander, ya que el tema de competencias y habilidades comunicativas le atañe totalmente. Sin embargo, si este no se siente en la total capacidad de desarrollarlas, es necesario entonces buscar ayuda de una persona especializada en el tema.

Razón por lo cual se mencionan a continuación los contenidos sobre los cuales se espera que se desarrollen las capacitaciones en competencias comunicativas verbal. Sin embargo, es importante aclarar que dichos contenidos responden a una mención realizada para efectos de esta investigación y, por lo tanto, estos pueden ser cambiados o acomodados según la persona que en última instancia vaya a dirigir la capacitación. Esto, por supuesto, sin ignorar el objetivo de la estrategia, el cual se basa en el fortalecimiento de las competencias comunicativas verbales del personal de salud para estrechar sus relaciones con los pacientes y familiares.

Es a partir de esto que los contenidos que se sugieren trabajar para el desarrollo de esta acción son: La expresión, la capacidad de escucha, la interpretación, actitudes favorables para el proceso comunicativo asertivo, y adicionalmente, actitudes y valores. Estos aspectos complementan en gran medida las

---

Vol. 21, No. 2. 2006. p. 238. [PDF en línea] Disponible en: <<http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>> [citado el 15 de marzo de 2013].

<sup>629</sup> ASOCIACIÓN SINDICAL DEL MINISTERIO DE DEFENSA. Colombia. Disponible en: <[http://www.asodefensa.org/portal/?page\\_id=4](http://www.asodefensa.org/portal/?page_id=4)> [citado el 15 de marzo de 2013].

competencias con las cuales el cuerpo médico debe contar para llevar con éxito el cumplimiento de sus funciones, no solo de diagnóstico sino del trato interpersonal con los pacientes.

Para apoyar dicha acción, y corroborar su influencia positiva en el ambiente hospitalario y en las relaciones que en él se gestan, se propone realizar charlas en conjunto con los familiares y padres, por una parte, enfermeras por otra, y tanto personal médico como familiares; para poner en común conocimiento aspectos que hayan mejorado desde la participación de las enfermeras en las capacitaciones, y situaciones específicas en las cuales aún se presenten procesos comunicativos inadecuados.

### **5.2.2 Sin hablar también nos entendemos**

La segunda acción que conforma la estrategia 'De la información a la comunicación', se enfoca en fortalecer las habilidades no verbales de las enfermeras y de los médicos del Pabellón de Pediatría del HUS, ya que éstas terminando siendo parte fundamental en el proceso comunicativo, al tener (a veces) más incidencia que la misma comunicación verbal en lo que el emisor transmite y logra conseguir, y el lo que el receptor logra percibir.

Al hablar de transmitir y percibir, Luis Cibanal Juan y María del Carmen Arce afirman que "la comunicación y el comportamiento son prácticamente sinónimos, pues todo comportamiento es comunicación y toda comunicación afecta al comportamiento"<sup>630</sup>. En pocas palabras: todo comunica. Quiérase o no comunicar algo, la postura; el volumen de la voz; los gestos; el movimiento de nuestro cuerpo; todo comunica, y se está comunicando todo el tiempo.

---

<sup>630</sup> ARCE. Op. cit., Disponible en:

<[http://books.google.com.co/books?id=VFZkM262C6lC&printsec=frontcover&dq=Enfermera+y+su+relacion+con+el+paciente&hl=es&sa=X&ei=3oVMUub\\_mF5Ok8ATh34DADA&ved=0CCsQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.co/books?id=VFZkM262C6lC&printsec=frontcover&dq=Enfermera+y+su+relacion+con+el+paciente&hl=es&sa=X&ei=3oVMUub_mF5Ok8ATh34DADA&ved=0CCsQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false)>

La autora Ana María Cestero hace un acercamiento a la definición de comunicación no verbal, y afirma que esta corresponde a “todos los signos y sistemas de signos no lingüísticos que comunican o que se utilizan para comunicar”<sup>631</sup>. Es claro entonces que todo aquello que represente un signo y que tenga una significación, tanto en el interlocutor como en el escucha, puede ser denominado un elemento o parte de un lenguaje no verbal. Otro de los autores reconocidos en el estudio de la comunicación no verbal, Fernando Poyatos, expresa que “elementos no verbales como las risas, los gestos o la mirada acompañas o incluso sustituyen, a la comunicación verbal en multitud de ocasiones, formando con ellos el sistema global que los humanos utilizamos para relacionarnos con lo demás”<sup>632</sup>.

En este orden de ideas, la comunicación no verbal es igual o más importante que la comunicación verbal en la construcción de una relación que pueda estrechar los lazos entre las enfermera y sus pacientes, incluso con los familiares, y es allí donde radica la importancia de esta segunda acción estratégica.

En los resultados analizados después de aplicar las entrevistas a los padres de familia de los niños con enfermedades terminales del Pabellón de Pediatría del HUS, se determina que, a pesar de expresar que se tiene una buena relación entre enfermeras-familiares, hay oportunidades de mejora en el lenguaje no verbal que éstas primeras usan, por supuesto, inconscientemente. Esto se evidencia, sobre todo cuando las enfermeras dan indicaciones o expresan la normativa del hospital a los padres de familia, y estos perciben y atienden a las reglas de mala gana. Por ejemplo, la enfermera Jefe afirma en cuanto a los comentarios que se escuchan referentes al personal de salud, que los familiares expresan que algunas

---

<sup>631</sup> MANCERA CESTERO, Ana María. La comunicación no verbal y el estudio de su incidencia en fenómenos discursivos como la ironía. Universidad de Alcalá. Artículo pronunciado en la conferencia La comunicación no verbal y su estudio, los días 14, 15 y 16 de marzo de 2006. Disponible en: <[http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/6074/1/ELUA\\_20\\_03.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/6074/1/ELUA_20_03.pdf)> [citado el 16 de marzo de 2013].

<sup>632</sup> GARCÍA PADILLA, Xose A. La comunicación no verbal. Biblioteca de recursos electrónicos de humanidades E-excelence. Madrid España: Liceus. 2007. Disponible en: <<http://books.google.com.co/books?id=5OHKNjnTr7cC&pg=PA3&dq=comunicacion+no+verbal&hl=es&sa=X&ei=tqxMUYLXIoTq8wSNqoDIBg&ved=0CFUQ6AEwCA#v=onepage&q&f=false>> [citado el 16 de marzo de 2013].

de las enfermeras son ‘malgeniadas’ u ‘odiosas’. En palabras textuales expresa que: “Sobre todo cuando se le exige al papá o la mamá una orden o algo, entonces (dicen) ...ay, es que esa enfermera me la tiene montada”<sup>633</sup>. En el mismo aspecto otra de las enfermas puntualiza “con cierta jefe dicen, ‘uy esa jefe es muy odiosa’. Por ejemplo cuando se les llama la atención por el desorden que está en la mesa, entonces dicen que es que uno no los quiere dejar hacer cosas”<sup>634</sup>.

En estos casos puntuales es importante evaluar las expresiones no verbales que están apoyando la comunicación verbal de las enfermeras a la hora de comunicar a los padres de familia las normas del hospital, y a partir de esto comenzar a trabajar en mejorar este tipo de comunicación. Como se afirma en el texto ‘La relación enfermera-paciente’, “una vez que la persona toma conciencia de cómo es su comunicación, puede proceder a cambiarla si así lo cree necesario”<sup>635</sup>.

Sergio Rulicki afirma que “la comunicación no verbal está relaciona con procesos inconscientes. Por esta razón, tiene un alto poder retórico sobre las mentes individuales, tanto como sobre la mente colectiva”<sup>636</sup>, y es, a partir de esto, que se puede concluir que hay gran campo por mejorar en cuanto a las expresiones o gestos que usan las enfermeras al acercarse a los padres de familia a comunicar o transmitir un mensaje. Por lo tanto, esta acción pretende focalizarse en el desarrollo y enriquecimiento de las competencias no verbales de las enfermeras, a modo de mejorar y estrechar su relación con los familiares, y, a partir de esto,

---

<sup>633</sup> ENTREVISTA con enfermera jefe del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander. Op. cit., [Ver anexo No. 2]

<sup>634</sup> Ibid., [Ver anexo No. 2]

<sup>635</sup> ARCE. Op. cit., Disponible en: <[http://books.google.com.co/books?id=VFZkM262C6IC&printsec=frontcover&dq=Enfermera+y+su+relacion+con+el+paciente&hl=es&sa=X&ei=3oVMUb\\_mF5Ok8ATh34DADA&ved=0CCsQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.co/books?id=VFZkM262C6IC&printsec=frontcover&dq=Enfermera+y+su+relacion+con+el+paciente&hl=es&sa=X&ei=3oVMUb_mF5Ok8ATh34DADA&ved=0CCsQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false)>

<sup>636</sup> RULICKI, Sergio. Comunicación no verbal. Cómo la inteligencia emocional se expresa a través de los gestos. Buenos Aires, Argentina: Granica S.A. 2007. Disponible en:

<<http://books.google.com.co/books?id=ui7ZKBtZQQ0C&printsec=frontcover&dq=comunicacion+no+verbal&hl=es&sa=X&ei=txqMUYLXIoTq8wSNqoDIBg&ved=0CDYQ6AEwAg#v=onepage&q&f=false>> [citado el 17 de marzo de 2013]

influenciar el imaginario (hasta ahora negativo) que se tiene de este cuerpo médico.

Hasta el momento se ha hecho referencian, principalmente, a la relación enfermera-familiares, ya que tras analizar la información recolectada por medio de las entrevistas a las enfermeras, se evidenció que con los niños y niñas la comunicación no verbal se da de manera más espontánea por su misma condición y porque, como se sabe, los niños son más expresivos y sienten menos prejuicios a la hora de establecer una relación. Para el caso, se les preguntó a las enfermeras por el tipo de lenguaje que utilizaban con los niños o alguna herramienta diferente al habla, al momento de interactuar con ellos y entre las respuestas se encontró: al momento de tomar los signos vitales, una de las enfermeras afirmo que “empieza a hacerles juego, a consentirlos y jugar, y ellos bajan un poquito la tensión”<sup>637</sup>. Otra evidenció que sí hace uso de habilidades no verbales al expresar que “cuando uno le habla a los niños y papitos, toca utilizar todo lo que esté al alcance, las manos, los gestos, toca con todo”<sup>638</sup>.

En este punto es importante remitirse al método de observación pues, tras evaluar la información recolectada, se encontró que las enfermeras poco se motivan por establecer una relación comunicativa con los padres, y esta se centra más en el diagnóstico de la enfermedad y en dar información sobre el tratamiento de los niños cuando el estado del menor lo amerita. Caso totalmente contrario a lo que se encontró con la labor que realiza la Fundación Corazón en Parches, quienes por otra parte, además de aplicar la terapia de la risa a los niños con enfermedades terminales, estiman parte de su tiempo a realizar la terapia con los familiares y los incluyen en el proceso comunicativo que se da con los pacientes.

Por esto mismo, y por los beneficios que se han mencionado anteriormente en el capítulo teórico, en el aparte referido a la risa, al inicio de este proyecto, es que se

---

<sup>637</sup> ENTREVISTA con enfermera auxiliar del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander. Op. cit., [Ver anexo No. 4]

<sup>638</sup> ENTREVISTA con enfermera auxiliar del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander. Op. cit., [Ver anexo No. 6]



busca trabajar en las habilidades no verbales de las enfermeras, por medio de la risa como herramienta comunicativa que ayude a mejorar los procesos de interacción entre los actores de estos mismos. Rulicki afirma que “la comunicación no verbal favorece una percepción más lúcida y totalizadores de los procesos comunicativos y, por ende, de las relaciones humanas”<sup>639</sup>. Esto expresa que si se afecta positivamente el desarrollo de las capacidades no verbales de las enfermas, se estará asegurando una mejoría en las relaciones que se gestan con los familiares de los pacientes y, por supuesto, con los mismos pacientes, y finalmente se estará afectando de manera positiva el ambiente hospitalario en general.

Se apoya esta acción en la terapia de la risa que realiza la Fundación Corazón en Parches ya que los voluntarios manejan múltiples herramientas como: la corporalidad, la exageración en los gestos, la mirada, la personificación, juguetes, entre muchos otros; que le permitirán a las enfermas tener cantidad de opciones y alternativas a las cuales recurrir cuando la comunicación con el paciente o con el familiar lo requiera. Esto como un primer paso para lograr, además de estrechar las relaciones y lograr una comunicación asertiva, desmentir los imaginarios que se han ido tejiendo frente a las enfermeras, como personas frías y malgeniadas. En otras palabras; la risa como herramienta comunicativa permitirá acercar las enfermeras a los padres de familia y juntos trabajar en beneficios de los niños y niñas con enfermedades terminales.

A continuación se presenta la tabla de medios que corresponde a la segunda acción de la estrategia ‘De la información a la comunicación’, en la cual se puntualiza el cómo se desarrollará dicha actividad:

---

<sup>639</sup>RULICKI. Op. cit., Disponible en:

<<http://books.google.com.co/books?id=ui7ZKBtZQQ0C&printsec=frontcover&dq=comunicacion+no+verbal&hl=es&sa=X&ei=tqxMUYLXIoTq8wSNqoDIBg&ved=0CDYQ6AEwAg#v=onepage&q&f=false>>

<b>Tabla de medios</b>	
<b>Descripción</b>	Ofrecer talleres de habilidades comunicativas no verbales a las enfermeras del pabellón de pediatría, apoyados en la terapia de la risa.
<b>Lugar</b>	Centro de Servicios Universitarios de la Unab.
<b>Tiempo</b>	De 3 a 4 sesiones.
<b>Periodicidad</b>	2 meses.
<b>Responsables</b>	Comunicador organizacional del Hospital Universitario de Santander y Fundación Corazón en Parches.
<b>Costo Mensual</b>	Capacitación de 2 horas \$ 300. 000
<b>Costo Anual</b>	\$ 900. 000 (3 sesiones)
<b>Medio de apoyo</b>	Encuestas/Entrevistas

Las capacitaciones de habilidades comunicativas no verbales estarán dirigidas y desarrolladas por los voluntarios de la Fundación Corazón en Parches, ya que estos permanecen en constante formación, y sus talleres tanto de aprendizaje como los aplicados en el pabellón de pediatría, se enfocan en las habilidades no verbales que permiten crear lazos y estrechar relaciones entre dos o más individuos.

Además de esto, está a favor la relación de conocimiento ya existente entre las enfermeras y los voluntarios, por lo cual se espera que las capacitaciones se desarrollen con la mayor naturalidad y confianza posible. Dentro de esto es importante mencionar que el personal de salud, en su totalidad, destacó las cualidades expresivas y comunicativas de los voluntarios de la Fundación al momento de realizar la terapia de la risa, siendo estos aspectos que, para ellas, han permitido que se gesté una relación estrecha de amistad con los niños del pabellón.

Como se mencionaba en la pasada acción 'Háblame, entiéndeme, quíereme', los niños en condición terminal presentan necesidades mayores, y la forma en que reciban el tratamiento es determinado en gran medida por el estado anímico de estos mismos. La terapia de la risa se presenta para ellos como un espacio de dispersión y de diversión que les permite menguar la tensión y el estrés ocasionado por la enfermedad y el ambiente hospitalario. El profesor de psiquiatría de la Universidad de Nueva York, Luis Rojas Marcos expresa que "el sentido del humor tiene un enorme poder protector. Su función primordial es aliviarnos la tensión emocional, el miedo y la inseguridad"<sup>640</sup>, y es justo eso lo que se pretende por medio de la terapia de la risa.

Al evaluar y analizar el método de observación desarrollado en el pabellón de pediatría del HUS, se prestó especial atención a los elementos y herramientas comunicativas de las cuales los voluntarios de la Fundación se valían al momento de entrar en interacción con los niños, y se encontró que éstas responden esencialmente a características intangibles que se alojan en las habilidades comunicativas que estos desarrollan al estar en constantes talleres enfocados precisamente en el interaccionismo simbólico que se da entre dos o más personas sin que haya, entre estos, la necesidad de pronunciar palabra alguna para poder gestar un proceso comunicativo efectivo.

Este aspecto se ve reflejado en el momento en que los voluntarios realizan la terapia de la risa en el Pabellón. Por normas de salubridad, cualquier persona que entre a las habitaciones de los pacientes debe usar tapabocas, elemento que dificulta la comunicación verbal con los pacientes y familiares, sin embargo, en el método de observación, se evidenció que es más que claro que no hacen faltan palabras para que la relación que se forma entre los voluntarios, pacientes, y familiares sea exitosa. El uso del lenguaje no verbal de estas personas se evidencia en señas, mímicas, música y sonrisas. Además, los voluntarios logran

---

<sup>640</sup> BEGOÑA. Op. cit., p. 4.

acercarse a los niños, e incorporarse de manera positiva en el universo de cada habitación “de una manera muy cercana a través de juegos, bailes, y dinámicas a partir de sus personajes”<sup>641</sup>.

De esta manera es claro como el interaccionismo simbólico que se establece entre los voluntarios y los pacientes es muy diferente al que se desarrolla con el personal de salud. Los voluntarios de la Fundación se muestran personificando un papel infantil con el cual los niños se sienten totalmente identificados. Muchas veces, además, con caracterización de animales o de objetos de la cotidianidad, lo cual resulta muy cercano para estos y de total afinidad con los imaginarios que se presentan frente a la significación de dichos elementos. El personal de salud, por el contrario, se mantiene totalmente ajeno a la situación y a la interacción con los voluntarios, cuando estos se encuentran en medio de la terapia.

Para el caso de este estudio, la efectividad de la terapia de la risa se hace visible ante el mismo testimonio de los padres de familia de los niños hospitalizados en el pabellón de pediatría del HUS, quienes afirman que después de haber estado toda la semana triste, y haber pasado por duros procedimientos “ustedes llegaron (refiriéndose a los voluntarios), y apenas llegaron el sonrió”<sup>642</sup>.

Por todo lo mencionado anteriormente y por todo cuanto significa la terapia de la risa como herramienta terapéutica que afecta positivamente el humor de las personas, sobre todo aquellas que se encuentran en situación de estrés o de trauma, es que este lenguaje se convierte en medio, no solo efectivo sino eficiente, para reconsiderar los derechos de los niños hospitalizados y si las habilidades con las que cuenta el personal de salud son suficientes para su cumplimiento.

---

<sup>641</sup> MÉTODO DE OBSERVACIÓN. Antes de la terapia en el Hospital Universitario de Santander (HUS). Bucaramanga, 25 de agosto de 2012. [Ver anexo No. 23].

<sup>642</sup> ENTREVISTA con Omar Camargo. Op. cit., [Ver anexo No. 12]

Ante la realidad del descuido de la integridad y la interdisciplinariedad que deberían componer las aptitudes y actitudes del personal de salud, Begoña Carbelo Baquero sentencia que:

“Los profesionales de la salud necesitamos reconocer, aceptar y comprender el sentido del humor para utilizarlos en la práctica como un instrumento de ayuda, y así afrontar constructivamente el miedo, la frustración y los problemas de salud de las personas, y a la vez prevenir el desgaste y el cansancio. También sirve para dar un sentido más humano al cuidado que prestamos y para encontrar un valor añadido en el trabajo día a día”<sup>643</sup>.

Además de esto, la autora deja claro que los beneficios del humor, y por lo tanto de la Terapia de la Risa; en la vida y el bienestar físico, social y mental de las personas está demostrado por varios estudios de investigación y publicaciones en diversas áreas del conocimiento.

En este orden de ideas, se presentan a continuación los contenidos que corresponderán a las capacitaciones en habilidades comunicativas no verbales, desarrolladas por los voluntarios de la Fundación Corazón en Parches y trabajadas desde la fundamentación de la terapia de la risa como herramienta terapéutica.

Esta acción se desarrollará por medio de tres etapas básicas: Inducción, habilidades creativas y el *clown* terapéutico. La primera de estas etapas está dirigida, básicamente, a dar un contexto general sobre la terapia de la risa. Se brindará información a las enfermeras acerca de esta herramienta, respondiendo a las preguntas: ¿Qué es la terapia de la risa?, ¿Cómo surge?, ¿Qué es un *clown*?, ¿Cómo se conforma un *clown*?, y ¿Cuál es su labor o finalidad en la sociedad?

---

<sup>643</sup> BEGOÑA. Op. cit.,

Una vez completada esta fase, se pasa a profundizar en las habilidades creativas de cada una de las enfermeras que conforma el cuerpo médico del pabellón. En esta segunda sesión se trabajará con base a la creatividad, por medio de la exploración de los sentidos que apoyan el lenguaje verbal de los seres humanos: el oído, la vista y el tacto. De la mano de esto, se trabajará en la sensibilidad de las enfermas por su entorno, en mejorar la forma en que lo perciben a través de los diferentes sentido y en como los elementos que lo conforman pueden ser convertido en herramientas de apoyo para los procesos comunicativos.

Y ya una tercera sesión se enfocará en el *clown* y su desarrollo en el ambiente hospitalario, o como es reconocido en la terapia de la risa: el *clown* terapéutico. Esto quiere decir, un breve contexto de lo que significa e implica ser *clown* terapéutico, el contacto con los pacientes y la retroalimentación por medio de experiencias propias de las enfermeras. Además se de esto, se seguirá trabajando en el manejo de la expresión y la corporalidad desde un enfoque en las relaciones con el paciente terminal y sus familiares.

Por lo tanto y finalmente, lo que se pretende lograr con esta acción es, que por medio del uso de la terapia de la risa como herramienta terapéutica de comunicación, los voluntarios de la Fundación Corazón en Parches les brinden a las enfermeras del Pabellón de Pediatría herramientas valiosas de comunicación no verbal, y un acercamiento e iniciación a lo qué es la terapia de la risa como tal, para que estas logren, junto con el humor, establecer relaciones más humanas y estrechas con los niños en condición terminal y un trato más cercano con los familiares de estos pacientes.

### **5.2.3 Conclusion: estrategias comunivativas, la clave para la relación medico paciente**

La influencia que el ambiente llega a ejercer sobre las personas que en él se desarrollan es ineludible. En los niños, este adquiere gran importancia en cuanto a

que se encuentra en una etapa vital para el buen desarrollo de sus capacidades físicas y psicológicas. Por lo tanto, depende en gran medida de las personas que acompañan su crecimiento y con las cuales se relacionan, que estos puedan superar de manera positiva las primeras y más esenciales etapas de su desarrollo.

Las condiciones del pabellón de pediatría del HUS no son las más favorables para esta población en estado terminal, esencialmente porque no se está velando por el cumplimiento total de los derechos de los niños hospitalizados. Esto tiene su inicio en aspectos como la falta de habilidades comunicativas del personal de salud para establecer relaciones más estrechas y cercanas con los niños, además del síndrome de desgaste profesional (SDP) o el “burnout” que padecen las enfermeras como “una respuesta continua al estrés laboral, que afecta la salud física y mental, así como a las relaciones sociales de quienes lo padecen”<sup>644</sup>. Estos aspectos se evidencian en el método de observación aplicado en el pabellón de pediatría, en el cual, al comparar la ficha del método de observación aplicada un sábado en horas de la mañana, con la de días anteriores aplicadas en horas de la tarde, es claro que las enfermera tienen un mejor semblante y se muestran más animadas y amables en horas de la mañana, cuando su jornada laboral apenas está comenzando. Mientras que en la primera ficha se denota un personal de salud agotado, y cansado por el estrés de la situación que representa la condición de los niños en estado terminal.

Por lo tanto, la terapia de la risa se presenta como una herramienta terapéutica que media entre las formas comunicativas que se pueden dar entre dos o más actores. Esta se evidencia como la respuesta para lograr un estado psíquico balanceado que afecte positivamente las relaciones enfermera-paciente, en la medida en que la risa resulta beneficiosa para el humor de los niños y niñas, y establece herramientas comunicativas verbales y no verbales para el buen desempeño de las funciones del personal de salud de manera integral. Además,

---

<sup>644</sup> SOTERAS, Ana. Los médicos de familia sufren el síndrome de desgaste profesional. Madrid, España: Efe Salud. 2012. Disponible en: <<http://www.efesalud.com/noticias/los-medicos-de-familia-sufren-el-sindrome-de-desgaste-profesional/>> [citado el 19 de marzo de 2013]

como se ha afirmado anteriormente, la risa no solo resulta terapéutica para los niños hospitalizados, sino que también influye de manera positiva el ambiente en el cual se desarrolla, haciendo así, a las enfermera y a los padres y familiares, partícipes de sus beneficios.

### **5.3 LAS IMÁGENES, UNA COMUNICACIÓN CONTUNDENTE**

Dentro de los estudios que se han desarrollado en cuanto a la efectividad y asertividad de la comunicación no verbal comparada con la comunicación verbal, se destaca la investigación del estadounidense Albert Mehrabian, por medio de la cual se ha demostrado que las reacciones que provoca la comunicación no verbal son mas fuertes y tienen mayor influencia que las verbales. Dicho estudio, realizado en 1972, arrojó que, la influencia en las reacciones emotivas de la comunicación verbal cara a cara es solo del 7%, “mientras que a la comunicación no verbal le corresponde el restante 93%, distribuido entre gestualidad (55%) y paralingüística (38%)”<sup>645</sup>.

Irrefutablemente, si se pretende lograr un cambio notable en el imaginario que se tiene de algo, Mehrabian<sup>646</sup> deja en claro que la mejor forma para conseguirlo es por medio del lenguaje no verbal, o por lo menos combinar el lenguaje verbal con herramientas no verbales. Es por esto que esta segunda estrategia busca, a través del uso de piezas visuales contundentes, proponer y gestar un cambio en el imaginario negativo que se tiene del personal de salud, propiciando las buenas relaciones entre los actores del pabellón de pediatría del HUS, tal y como se pudo evidenciar tras el análisis de las entrevistas aplicadas en el pabellón.

Pierre Martineu habla acerca del símbolo y expresa que “la comunicación no se ha de sustentar en argumentaciones racionales (sino que) las cosas han de decirse a

---

<sup>645</sup>RULICKI. Op. cit., Disponible en:

<<http://books.google.com.co/books?id=ui7ZKBtZQQ0C&printsec=frontcover&dq=comunicacion+no+verbal&hl=es&sa=X&ei=tqxMUYLXIoTq8wSNqoDIBg&ved=0CDYQ6AEwAg#v=onepage&q&f=false>>

<sup>646</sup> Ibid., Disponible en:

<<http://books.google.com.co/books?id=ui7ZKBtZQQ0C&printsec=frontcover&dq=comunicacion+no+verbal&hl=es&sa=X&ei=tqxMUYLXIoTq8wSNqoDIBg&ved=0CDYQ6AEwAg#v=onepage&q&f=false>>



través de símbolos visuales que sinteticen la idea básica del mensaje"<sup>647</sup>. La acción que integra esta estrategia, consta de la elaboración de varias piezas visuales que contengan mensajes cortos, precisos y contundentes que: apoyen la estrategia 'Estrechando lazos', es decir, que sean un medio de recordación para las enfermeras sobre cómo debe ser el trato con los pacientes y con sus familiares (lenguaje, gestos, etc.); y que expongan la normatividad del pabellón con un lenguaje cercano y amable, para contribuir al buen desempeño de las diferentes actividades que lleva a cabo cada actor y evitar la estigmatización de las enfermeras que constantemente están recordando a los padres de familia las normas del lugar.

Como se afirma en el libro 'Perspectivas sobre el desarrollo psicológico', "las primeras impresiones formadas sobre un persona o las actitudes políticas suelen perdurar en el tiempo"<sup>648</sup>. Sin embargo, como se ha mencionado al principio de esta estrategia, la comunicación no verbal tiene mayor incidencia en las personas que el lenguaje verbal, por lo tanto es posible trabajar en la conversión de un imaginario negativo e ir haciendo de este un pensamiento positivo, al recrear imágenes por medio de las cuales el espectador construya una significación positiva, y diferente a la inicial.

Por supuesto que "las creencias y opiniones se basan en factores subjetivos como la experiencia personal, las opiniones, las presunciones, y las ideas preconcebidas"<sup>649</sup>, y es de estas que surgen los imaginarios, por lo tanto si se pretende cambiar un imaginario lo más lógico será comenzar por cambiar las experiencias que se han tenido hasta el ahora. Comenzar a construir en el inconsciente asociaciones positivas con el estímulo que anteriormente era asociado con experiencias negativas. Y esto se trabajará, es un primera etapa con la segunda acción a desarrollar que integra la primera estrategia, 'Estrechando Lazos'. Sin embargo, es de gran importancia apoyar esta medida con una 'fuerza'

---

<sup>647</sup> TRENZADO. Op cit., p. 14.

<sup>648</sup> BARAJAS. Op cit., p. 56.

<sup>649</sup> Ibid., p. 56.

única que nos ha llevado durante años a construir y recrear el mundo en el que vivimos. Dicha fuerza, como la denomina José Luis Brea, es la imagen, y acierta al exponer en su texto 'Las tres eras de la imagen', que ésta es una "fuerza de archivo que retiene lo capturado para que, fuera de su tiempo propio, pueda de nuevo recuperarse, venir de nuevo a ocurrir. Para que, en realidad, en todo momento persista ocurriendo, suspendido en el tiempo estilizado de la representación"<sup>650</sup>.

El autor plantea, casi de forma poética, la imagen como un elemento clave en la construcción de las representaciones psicológicas y esquemáticos que los seres humanos hacen de todo aquello que conocen y que, además, permite conservar dicha construcción de forma contundente en el imaginario de cada persona. En palabras de Abraham Moles, "la imagen es un soporte de comunicación visual que, materializa, representándolo, un fragmento del entorno óptico del mundo real o posible, susceptible de subsistir a través del tiempo (...)"<sup>651</sup>.

Una imagen representa en cada centímetro de su composición más que un párrafo de información transcrito al código de los interlocutores. Y esta, al ser un elemento visual, al desarrollar un proceso de comunicación no verbal entre la pieza como tal y el espectador, tiene mayor recordación en la mente aquel, que al verla, genera asociaciones y estímulos con aquellos elementos que conforman este discurso visual.

José Luis Brea expone en uno de sus planteamientos que la imagen produce el mundo cuadro a cuadro:

---

<sup>650</sup> BREÁ, José Luis. Las tres eras de la imagen. Imagen-Materia, Film, E-image. Madrid, España: Akal S.A. 2010. p. 13. Disponible en: <<http://books.google.com.co/books?id=IBXMDNv8jH0C&printsec=frontcover&dq=imagen&hl=es&sa=X&ei=6cxNUefNEyzl9QTJxoCQBA&ved=0CDEQ6AEwAQ>> [citado el 22 de marzo de 2013]

<sup>651</sup> Producción de multimedia educativo. Sesión 7. Etapa del desarrollo II - Imagen visual Fija. Disponible en: <[http://moodle.unid.edu.mx/dts\\_cursos\\_md/maestria\\_en\\_educacion/PM/PMses07/ActDes/PMS07ImagenVFija.pdf](http://moodle.unid.edu.mx/dts_cursos_md/maestria_en_educacion/PM/PMses07/ActDes/PMS07ImagenVFija.pdf)> [citado el 22 de marzo de 2013]

“Ella educa -forma- nuestro modo de organizar la visión; en aras de unas pretensiones añadidas de veracidad que el relato que la ampara sentencia como válidas: digamos que ella nos enseña un modo de ver, de mirar, que corrige el puramente espontáneo para tornarlo producto de un conocimiento, modo construido-culturalmente enriquecido-de un saber adecuado”<sup>652</sup>.

Este es el punto al que se pretende llegar al proponer esta estrategia de comunicación visual, no solo dar una información clave para el desempeño adecuado de los actores que interactuar en el Pabellón de Pediatría, sino que además de esto, se pretende educar; mirar desde otra perspectiva aquello que en la realidad actual de los familiares de los niños del Pabellón se presenta como la construcción de un imaginario negativo de las enfermeras, y del personal de salud en general. Es decir, tomar aquellas razones por las cuales se evidenció que los padres de familia forman un concepto no muy amable de las enfermeras, y darles un cambio positivo en el ámbito en el que se desarrollan, por medio de las acciones planteadas durante esta y la primera estrategia, que permita la reconstrucción del cómo ven los familiares al personal de salud.

Se desarrollaran entonces cinco piezas visuales, cada una con un mensaje específico, que responderán a las necesidades de mejora que se encontraron en las entrevistas realizadas a las enfermeras, y por medio de las cuales se busca comenzar a trabajar en la construcción de un imaginario más amable de estas personas. También se busca que estas piezas apoyen el trabajo a desarrollar con las acciones de las estrategias planteadas anteriormente, y que generen recordación en las enfermeras sobre el trato con los pacientes y familiares.

---

<sup>652</sup> BREA. Op. cit., Disponible en:  
<<http://books.google.com.co/books?id=IBXMDNv8jH0C&printsec=frontcover&dq=imagen&hl=es&sa=X&ei=6cxNUefNEYzI9QTJxoCQBA&ved=0CDEQ6AEwAQ>>

Los mensajes de cada pieza visual serán:

	<b>Mensaje</b>	<b>Imagen que acompaña</b>
<b>Pieza 1</b>	“Recuerda tratar con amor y paciencia a tus paciente, ellos te lo agradecerán.	Una enfermera tomando los signos vitales de un niño(a) por medio de juego.
<b>Pieza 2</b>	“Trabajemos unidos por el buen desarrollo de nuestros niños y niñas”.	Se muestra una buena relación entre una enfermera y una madre de familia, al interior de una de las habitaciones.
<b>Pieza 3</b>	“¿ES MOJER SIA O ES MEJOR ASI? En orden todo funciona”.	Una habitación con las cosas de los niños(as) y los familiares, todo bien ordenado.
<b>Pieza 4</b>	“Este es tu espacio, cuidalo”.	Se muestra un padre de familia disfrutando de algún juego o leyéndole una historia a un niño(a) en una de las habitaciones o en el pasillo del pabellón.
<b>Pieza 5</b>	“Ellos te miran, ellos te escucha, ellos te imitan. Dales un buen ejemplo”.	Una enfermera y un familiar interactuando, y un niño(a) los mira atento.

Como se mencionó anteriormente, cada pieza visual responde a necesidades encontradas tras el análisis de la información recolectada en las entrevistas. Se presenta a continuación la relación entre las piezas a desarrollar y las oportunidades de mejora encontradas en el pabellón de pediatría y la relación enfermera-paciente-familiar.

La pieza 1 y 2 apoyan el buen trato y las buenas relaciones que se pretende se gesten entre las enfermeras y pacientes, y sobre todo con los padres de familia. Como se mencionó anteriormente, el personal de salud, en especial las enfermas tienen a sufrir del Síndrome de Desgaste Profesional o Síndrome de Burnout. En el documento ‘Desgaste Profesional (Burnourt), Personalidad y Salud Percibida’, este síndrome se describe como “un proceso de perdida lenta, pero considerable,

del compromiso y la implicación personal en la tarea que se realiza”<sup>653</sup>, o más específicamente como lo se describe en el texto El ‘Síndrome de Desgaste Profesional Burnout en médicos mexicanos’, “es un conjunto de signos y síntomas, cuya principal características es el agotamiento emocional y el escepticismo que se manifiesta entre los médicos en el ejercicio de su actividad labora, afectando en mayor grado su salud mental”<sup>654</sup>.

Varios autores exponen una agrupación de los síntomas descriptivos de este síndrome dividida en: emocionales, cognitivos, conductuales, y sociales. Dentro de los más importantes y los que se relacionan directamente con la situación evidenciada en el pabellón de pediatría del HUS tras la aplicación del método de observación se encuentran: apatía, irritación, desesperanza, pérdida de valores, desaparición de expectativas, pérdida de la creatividad, evitación de contactos, y aislamiento.

En conclusión, el distanciamiento que establecen las enfermeras con los pacientes y los familiares, la apatía por entablar conversaciones y relaciones más cercadas, la irritación que a veces se denota en su expresión facial y corporal; son respuesta al padecimiento de el Síndrome de desgaste profesional que aqueja a la mayoría del personal de salud, no solo del HUS sino de esta población en general.

Por lo tanto, esta pieza es elaborada con la función de apoyar el mejoramiento continuo de las habilidades comunicativas de las enfermeras, a fin de evitar que este proceso se vea finalizado tan pronto como entren en contacto con una situación de alto estrés o tensión. El estar leyendo visualmente esta pieza gráfica va a generar en ellas recordación de cómo debe ser el trato con los niños y niñas,

---

<sup>653</sup> MORENO JIMÉNEZ, Bernardo. GONZÁLEZ, José Luis Y GARROSA, Eva. DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT), PERSONALIDAD Y SALUD PERCIBIDA. Departamento de Ps. Biológica y de la Salud. UAM Publicado en: J.Buendia y R. Ramos (Eds). Empleo, estrés y salud. Madrid: Pirámide. 2001. Disponible en: <<http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Desgaste%20profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf>> [citado el 24 de marzo de 2013]

<sup>654</sup> HERNÁNDEZ VARGAS, Clara Ivette. DICKINSON, Maria Eloisa Y FERNÁNDEZ ORTEGA, Miguel Ángel. El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, UNAM. Disponible en: <<http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no51-1/RFM051000102.pdf>> [citado el 24 de marzo de 2013]

y pensarán en los contenidos y temas desarrollados en las capacitaciones. Y finalmente en el *copy* de la segunda pieza se incluyen a los padres de familia, puesto que las relaciones con estos y el personal de salud también deben mejorar en gran medida para garantizar un ambiente más adecuado acorde a las necesidades de los niños.

Las piezas 3 y 4 buscan re-direccionar el imaginario que los padres de familia tienen de las enfermeras. En las entrevistas aplicadas al personal de salud del Pabellón de Pediatría, se encontró que los padres de familia asocian de manera negativa los correctivos que las enfermeras hacen ante el desorden que algunos de ellos presentan en aspectos como la salida del lugar, el orden en las habitaciones, la limpieza en los baños, entre otros.

Las enfermeras se refieren a los padres de familia como personas incultas, y estos por otra parte, las asocian con calificativos como 'odiosas', 'mal genizadas', 'cansadas' o 'molestas'. Al ser el Hospital Universitario un centro médico público, llegan muchas personas con niveles educativos muy bajos, por lo cual para ellos el reglamento interno de los hospitales, o sentidos como el orden, no están arraigados en su costumbre.

La finalidad de estas piezas es reforzar esas conductas positivas en los familiares y en los mismos pacientes del Pabellón. Con esta acción se estará trabajando en la construcción de un imaginario positivo de las enfermeras, pues éstas solo estarán reforzando la información que ya se está dando de manera institucional por medio de los afiches. También se espera que el impacto visual de las piezas evoque en los familiares la iniciativa de mantener el lugar en orden sin que sea necesario que el personal de salud tenga que decirlo verbalmente.

Esto se consigue a través de la persuasión que se logra con las imágenes y los textos que conforman las piezas. Y se acuña a esta idea el término de persuasión, ya que como lo define Antonio Salcedo Fernández, esta "consiste en la utilización

deliberada de la comunicación para cambiar, formar o reforzar las actitudes de la gente, entendiéndose por actitud aquellas representaciones mentales que resumen lo que opinamos de las cosas, personas, grupos, acciones o ideas”<sup>655</sup>. Y la forma de lograr cambio e influir a nivel de imaginarios e idea, es encontrar el arraigo en las representaciones mentales de los padres de familia, para este caso; el cual, como se mencionó anteriormente, responde a la exigencia y normativa que las enfermeras se ven en la obligación de recordar.

La pieza 5 refuerza los objetivos de las piezas anteriormente mencionadas pues lleva implícito un mensaje de trabajo en equipo, de unión y de ejemplo para los niños y niñas del pabellón. Es decir, declara que todo lo mencionado y trabajado anteriormente está pensado y es desarrollado para el bienestar de los niños(as) y ,siendo esto lo más importante, padres y enfermeras se deben unir para la obtención de este mismo propósito.

Como se afirma en una de las páginas web especializadas en el desarrollo infantil, “la salud de un niño no se mide sólo por la ausencia de enfermedad. El desarrollo óptimo del niño necesita de más indicadores, como la atención médica preventiva o la existencia de un entorno familiar equilibrado”<sup>656</sup>, y brindar un espacio adecuado para su desarrollo, en el cual se puedan sentir tranquilos y cómodos es lo mínimo que la comunidad le puede brindar a los niños víctimas de enfermedades terminales.

En este orden de ideas, se presenta a continuación la tabla de medios de esta estrategia, la cual enmarca y especifica el desarrollo de la acción planteada a lo largo de este segundo punto del capítulo:

---

<sup>655</sup> SALCEDO FERNÁNDEZ, Antonio. Anatomía de la persuasión. En: Influencia, persuasión y cambio de actitudes. 2º edición. Madrid, España: Esic. 208. p. 32. Disponible en: <<http://books.google.es/books?id=HNi97J-5UQYC&printsec=frontcover&dq=persuasión&hl=es&sa=X&ei=Bhh6UcWOK6ri4APdkYCoBQ&ved=0CDgQ6AewAQ>> [citado el 24 de marzo de 2013]

<sup>656</sup> Desarrollo Infantil. 2010. Disponible en: <<http://www.desarrolloinfantil.net>> [citado el 24 de marzo de 2013]

<b>Tabla de medios</b>	
<b>Descripción</b>	Realizar y exponer cinco piezas visuales que contengan mensajes claros y contundentes, con imágenes clave, que permitan el apoyo y la reconstrucción de un imaginario positivo del personal de salud y por consiguiente del ambiente hospitalario.
<b>Lugar</b>	Pabellón de pediatría del Hospital Universitario de Santander.
<b>Tiempo</b>	1 mes
<b>Periodicidad</b>	Desde que las piezas sean colgadas en el pabellón, hasta que se haga necesaria una actualización de las mismas.
<b>Responsables</b>	Comunicador organizacional del Hospital Universitario de Santander y la agencia de publicidad con la cual se haga el acuerdo.
<b>Costo Mensual</b>	\$ 550. 000
<b>Costo Anual</b>	\$ 550. 000*
<b>Medio de apoyo</b>	Revisión mensual del estado de los afiches, y un sondeo de opinión sobre estos al cumplir los primeros 15 días de exposición.

- Este precio está sujeto a cambio, dependiendo de si es necesario cambiar las piezas visuales. De ser así, el re-diseño y re-impresión de cada pieza tendría un costo de \$110. 000

Una vez expuestas las piezas, es importante conocer la opinión de los padres de familia, de las enfermar y de los niños(as) sobre esta acción, para lo cual se realizara un sondeo de opinión al termino de los primeros 15 días de su exposición. Dicho sondeo constará de tres preguntas básicas que se plantean a



continuación:

. . . . .

1. De 1 a 5 ¿Qué tanto le gustaron las piezas visuales?

2. ¿Le parece que estas piezas ayudan a mejorar el ambiente hospitalario?

a. Si.

b. No.

3. ¿Lee y pone en práctica los mensajes de las piezas visuales?

a. Solo los leo.

b. Los leo y lo pongo en práctica.

c. No los leo y no lo pongo en práctica.

. . . . .

El público objetivo al cual va dirigido el sondeo son: los padres de familia que asisten con regularidad y permanecen en el pabellón con los niños hospitalizados, y el personal de salud; en especial las enfermeras de turno del pabellón.

Las preguntas están planteadas de tal manera que permitan medir el impacto y la pertinencia de los mensajes y las imágenes que los acompañan, expuestos en las piezas visuales. De esta manera, se da una revisión paulatina de la funcionalidad y eficacia de las piezas y, además, dichos resultados permiten verificar y ajustar los mensajes o las imágenes según los efectos que se estén presentando y con base a los resultados de percepción del público objetivo.

Una vez llevado a cabo los ajustes y cambios que se crean pertinentes (desde los resultados del sondeo), se practicará una segunda vez completado el mes de publicación de las piezas visuales, y esto dependerá, por supuesto, de los resultados que se hayan obtenido tras el primer sondeo.

### **5.3.1 Conclusión: en síntesis**

La comunicación no verbal resulta, sin duda, más efectiva y contundente que la comunicación verbal a la hora de dar un mensaje. Los gestos, la postura corporal, el tono de voz, las imágenes; todos aquellos discursos que tienen un mensaje intrínseco resultan ser más perceptibles para la mente humana que las mismas palabras dichas y pronunciadas por las personas.

Las herramientas que pueden ser utilizadas dentro de la comunicación no verbal resultan mucho más amplias que en la comunicación verbal, y estas trabajan como apoyo para la re-construcción de los imaginarios que se han enmarcado en la mente de las personas tras experiencias vividas. En el caso de las enfermeras y los familiares, el imaginario que se tiene de estas primeras no es muy positivo, sin embargo si se desarrollan estrategias que contemplen nuevas experiencias positivas y, que además de esto, se vean apoyadas por acciones de comunicación no verbal, de seguro los resultados serán muy positivos.

Por lo tanto, a modo de conclusión general, como se expresa en la edición 'Lenguaje no verbal de la serie finanzas y empresa', "la comunicación verbal y no verbal están relacionadas de forma indisociable y solo adquieren sentido cuando forman parte de un único sistema de comunicación". Entonces, pensar en la comunicación verbal requiere que se preste total atención a aquello que no se dice explícitamente pero que, por supuesto, es igual o más perceptible por los espectadores o receptores. Las imágenes y gestos también comunican y al parecer de forma más directa y efectiva que las palabras.

### **5.4 CONCLUSION: LAS ESTRATEGIAS COMO HERRAMIENTAS DE COMUNICACIÓN**

Tras el análisis de la información recolectada en las entrevistas y los métodos de observación, es más que evidente las oportunidades de mejora que presentan las

enfermeras en cuanto al mejoramiento de sus habilidades comunicativas y las relaciones que estrechan con los pacientes y sus familiares.

En un ambiente frío y solitario como resultan ser los hospitales, es lógico que las relaciones personales se vean afectadas por el estrés y la tensión de tratar con niños y niñas en estado terminal. A pesar de esto, en el método de observación y en las entrevistas aplicadas al personal de salud, en especial a la enfermera jefe, se evidenció la resistencia que estas ejercen en cuanto a establecer y estrechar lazos muy cercanos con los pacientes, precisamente por su condición terminal. Sin embargo estas no deben de olvidar que su trabajo consiste en una labor social en la cual se ven inmersos los derechos de los niños, y depende del buen desempeño de las funciones del personal de salud que estos logren un desarrollo óptimo. En este orden de ideas, el personal de salud en general, sea cual sea la situación, debe velar incondicionalmente por el cumplimiento de los derechos de la niñez, aun más cuando esta se encuentra en estado de vulnerabilidad.

Al contra poner, en un paralelo, la labor del personal de salud del pabellón de pediatría del HUS, con la Terapia de la Risa desarrollada por los voluntarios de la Fundación Corazón en Parches, se puede concluir de manera inmediata que las enfermeras carecen de herramientas comunicativas tanto verbales como no verbales para lograr una relación de significación, no solo con los pacientes, sino con los mismos familiares. Lo cual es contrario a los voluntarios de la Fundación, quienes se apoyan en distintas y variadas herramientas comunicativas así como objetos dinámicos y sencillos que, sabidos caracterizar, conforman un punto de partida y son el apoyo de las relaciones que se generan tanto con pacientes y familiares. Pero más allá de las herramientas tangibles y físicas, se encuentra el conocimiento y desarrollo que los voluntarios han llevado a cabo gracias a la práctica continua de talleres de preparación que les permite desarrollar la Terapia de la Risa logrando un amplio manejo en las diferentes herramientas comunicativas que los lleva a una total afinidad y asertividad comunicativa con los públicos objetivo.

En palabras de Isabel de la Torre Galvez, “comunicación es, en consecuencia, el proceso interpersonal en el que los participantes expresan algo de sí mismos por medio de signos verbales y no verbales, con la intención de influir de algún modo en la conducta del otro o de ayudarlo a que amplíe su percepción de la realidad”<sup>657</sup>. Aterrizado esto en los objetivos y planteamientos del proyecto, se concluye que, a partir de la Terapia de la Risa como herramienta terapéutica y comunicativa, siendo esta aplicada y puesta en práctica por las enfermeras del pabellón de pediatría del HUS, se puede influenciar de manera positiva el imaginario que se ha gestado en los padres de familia y en algunos niños respecto al personal de salud, logrando cambiar las experiencias negativas que han tenido cabida en este ambiente, por momentos de comunicación asertiva.

Por esto mismo, y por el sentido de esparcimiento y recreación que los voluntarios le imprimen a la Terapia de la Risa, es que esta resulta ser la herramienta idónea en la búsqueda de un ambiente adecuado para los niños hospitalizados a partir del mejoramiento de las habilidades comunicativas de las enfermeras del pabellón.

Se concluye que la Terapia de la Risa es válida como herramienta terapéutica no solo por las investigaciones sobre sus beneficios y los estudios que se han realizado en torno a esta y que así lo demuestran, sino que a partir de la metodología de investigación aplicada para caso de este proyecto se denota que la Risa influencia positivamente y en gran medida el estado anímico de la comunidad en general: pacientes, familiares y personal de salud. Aunque este último es el más reacio a participar de ella. Por eso, en miras de un ambiente idóneo que permita el óptimo desarrollo físico y psicológico de los niños, además del cumplimiento de sus derechos, es que la Terapia de la Risa resulta ser el lenguaje más asertivo, y la herramienta más válida y adecuada para acompañar el tratamiento y los traumatismos de los niños hospitalizados en estado terminal,

---

<sup>657</sup> DE LA TORRE GALVEZ, Isabel. COBO DOIS, Manuel Angel Y VICENTE PERALTA, Luz Inmaculada. Cuidados enfermeros al paciente oncológico. España: Editorial Vértice. 2008. Disponible en: <[http://books.google.com.co/books?id=YD8OR\\_WZufgC&pg=PA204&dq=enfermeras+++pacientes&hl=es&sa=X&ei=uoVMUePGOJKo9gTe9YDQDQ&ved=0CFMQ6AEwBw#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.co/books?id=YD8OR_WZufgC&pg=PA204&dq=enfermeras+++pacientes&hl=es&sa=X&ei=uoVMUePGOJKo9gTe9YDQDQ&ved=0CFMQ6AEwBw#v=onepage&q&f=false)> [citado el 26 de marzo de 2013]

beneficiando altamente las relaciones que se establecen entre los actores que intervienen en su entorno físico y mental.

## **6. COMUNICACIÓN, SALUD Y RISA: HALLAZGOS Y CONCLUSIONES FINALES**

Esta investigación titulada 'Análisis de las competencias comunicativas del personal de salud y del papel de la risa como lenguaje terapéutico y puente comunicativo', tuvo como objetivo general el planteamiento de estrategias comunicativas que, apoyadas en la terapia de la risa como herramienta terapéutica, fortalezcan las competencias comunicativas del personal de salud del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander.

La importancia de esta investigación se establece en la justificación social y comunicativa, en donde se exponen los criterios fundamentales que hacen de ésta un foco de estudio importante desde dos perspectivas. La primera resalta la importancia de la comunicación como proceso social enfocada desde el punto de vista de las necesidades humanas y que, de acuerdo al contexto en que se esté inmerso, existirán brechas en los lenguajes que interfieran de manera negativa en la comunicación entre actores. Por su parte, desde el ámbito comunicativo se busca resaltar la importancia de la relación médico-paciente, aspecto fundamental que hace necesario que el personal de salud tenga fortalecidas las competencias comunicativas (verbales y no verbales), de manera que le permita tener mejor relación con los pacientes a través de una comunicación estrecha y asertiva.

Este objetivo general está apoyado por cuatro objetivos específicos que responden a cada uno de los capítulos de análisis propuestos en esta investigación. De esta manera, se encuentra un primer objetivo enfocado a indagar sobre los imaginarios de los diferentes actores (cuerpo médico, pacientes hospitalizados y familiares) frente a las competencias comunicativas del cuerpo médico y los voluntarios de la Fundación Corazón en Parches, esto con el fin de identificar las percepciones que predominan en el entorno y que pueden influir en los procesos de interacción entre dichos actores. Un segundo objetivo busca

analizar las diferentes competencias comunicativas del personal de salud que influyen en el interaccionismo simbólico que se genera en este ambiente, con el fin de reconocer las falencias y oportunidades de mejora en los encuentros de comunicación que se dan entre los actores. El tercer objetivo de este proyecto se centra en analizar el trabajo de los voluntarios de la Fundación Corazón en Parches con la terapia de la risa como herramienta para mejorar los procesos de comunicación del pabellón para identificar la incidencia que ésta tiene en las competencias comunicativas del personal de salud y en las relaciones interpersonales que se gestan entre los actores anteriormente mencionados. Finalmente este proceso analítico se concluye en un cuarto y último objetivo que propone una estrategia para fortalecer las competencias comunicativas del personal de salud del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander, apoyada en las actividades que realiza la Fundación Corazón en Parches. La extracción de la información necesaria para el cumplimiento de los objetivos de la investigación se logró a través de dos métodos cualitativos: entrevista exhaustiva; para el primer objetivo enfocado a los imaginarios, y la observación de campo a través de métodos de observación; para los objetivos relacionados con las competencias comunicativas del cuerpo médico y las fortalezas de éstas en el establecimiento de relaciones a través de la terapia de la risa como puente comunicativo.

En este orden de ideas y partiendo de un análisis deductivo, se identificó que los imaginarios se constituyen en la base de la construcción de la realidad que hacen los actores inmersos en el entorno estudiado. Sus generadores se clasificaron, para este caso, en tres grupos: experiencias, rumores y calificativos.

En cuanto a las experiencias, definidas como aquellas vivencias que involucran los sentidos y generan recordación en la mente de los individuos quienes -gracias a su memoria- constituyen imaginarios que son transmitidos en su colectivo, se concluyó que la calidad de éstas constituye un factor clave en la formación de percepciones positivas o negativas frente a un objeto, lugar o persona. A partir de

estas vivencias se generó una forma de comunicación informal, especificada para esta investigación como un rumor, siendo éste un factor que puede generar efectos colaterales debido a la multiplicidad de interpretaciones que se hacen a partir de las experiencias y de los recuerdos.

Los rumores destacados se centraron en las percepciones variadas que tienen los voluntarios de la fundación frente a la calidad de los encuentros que se dan con el personal de salud. De igual manera, el miedo que presentan los niños hospitalizados en los momentos en que están recibiendo atención médica es interpretado por los voluntarios como un factor influenciado, principalmente, por traumas vividos en el ambiente hospitalario en el cual se han desenvuelto la mayor parte del tiempo.

Estos rumores se consolidaron como una forma de comunicación informal que necesita un proceso de retroalimentación para contrastar y validar las percepciones que finalmente constituyen la realidad de los actores. Así mismo, por medio de estos rumores se identificaron los estereotipos y calificativos centrados y dirigidos principalmente hacia los voluntarios y el personal de salud. Se pudo percibir, en primera medida, el carácter peyorativo que el personal de salud le da al término payaso al momento de referirse a los voluntarios, siendo estas expresiones causantes de una desvirtualización de la figura filantrópica que tiene este personaje. Caso contrario sucede cuando los padres y familiares se refieren al personal de salud, ya que estos lo hacen de manera respetuosa, creando cierta distancia entre estos dos actores.

A partir de lo anterior, se evidenció la necesidad de proponer una estrategia comunicativa que busque fortalecer y mejorar las relaciones interpersonales entre los actores involucrados y -así mismo- crear un escenario participativo y estrecho. Sin embargo, es importante señalar que no se busca eliminar los imaginarios de los actores, sino fortalecerlos de manera positiva pues son en últimas los que construyen la realidad que los rodea y, aunque sean intangibles, son visibles en la



medida en que se transmitan y validen dentro del colectivo que conforma el entorno.

Dicho esto, se pasa a analizar la calidad de las interacciones entre los actores anteriormente mencionados, partiendo desde el personal de salud como actor generador de relaciones. De esta manera, es posible afirmar que el cuerpo médico presenta falencias en el establecimiento de interacciones sólidas con los voluntarios y, los pacientes y/o familiares. Esto se evidencia a partir de elementos arrojados en los diferentes métodos, como la falta de interés y disposición al momento de entrar en contacto con los voluntarios durante la terapia de la risa, y durante las visitas técnicas a pacientes.

Si bien es cierto que los *clown* tienen actitud positiva y disposición de entablar una interacción con el personal de salud al momento de entrar al espacio-tiempo compartido, lo cual es evidenciado por los voluntarios con gestos positivos y estado anímico positivo, se evidencia que no existe reciprocidad constante por parte de este último hacia las acciones de los voluntarios, según se percibe al no encontrar variación en las expresiones cuando entran en contacto con los *clown*. Por ende, se dificulta la posibilidad de formar una relación y permitir empatía entre estos dos actores.

Contrario sucede con los pacientes y/o familiares. En ocasiones el cuerpo médico tiene disposición e interés al momento de interactuar con estos actores sociales al cambiar de actitud cuando entra en contacto con este actor social. En esta relación se puede afirmar que aunque se establecen empatías, cercanías y actitudes positivas por medio de gestos de agrado, sonrisa permanente y estado de ánimo activo, no es suficiente para la generación de vínculos por que no se evidencia receptividad, y por ende, dificulta el establecimiento de una comunicación integral entre los actores.

De esta manera, es indispensable la formulación de una estrategia comunicativa que, ligada al fortalecimiento de las relaciones entre los sujetos implicados para mejorar las experiencias entre estos, se enfoque en llamar a la reflexión, crear conciencia en el personal de salud, mostrando los puntos favorables que tiene el ser espontáneo y natural y cercano en el establecimiento de buenas relaciones interpersonales. Entonces, es claro que el cuerpo médico debe ir más allá de un simple intercambio de información.

En lo referido a la calidad y recursos de comunicación, se encontró que el personal de salud del pabellón de pediatría del HUS emplea algunas habilidades comunicativas clasificadas en dos grandes categorías: verbales y no verbales. En la primera, se destaca el uso del lenguaje cercano con los pacientes y familiares al momento de nombrarlos o referirse a ellos. Sin embargo, el uso de términos complejos y técnicos propios de su profesión, hace que la interacción sea incompleta y presente algunas oportunidades de mejora en la comunicación. Basándose en el uso de recursos no verbales, el cuerpo médico presenta falencias porque, a diferencia de los voluntarios, son pocas las habilidades comunicativas que emplea en las interacciones con los pacientes y familiares. Algunas que se rescatan son la sonrisa al entrar a las habitaciones y de vez en vez, el recurso demostrativo en su cuerpo de los procedimientos a realizar en pacientes.

Si bien es cierto que existen similitudes entre el cuerpo médico y los voluntarios en la utilización de lenguaje cercano con los pacientes, según lo expresa el familiar de un niño hospitalizado, “los clown consienten mucho a los niños con el lenguaje, mientras que los médicos y las enfermeras utilizan a su vez, palabras cercanas y coloquiales”. Existe a su vez, una gran diferencia que pone en desventaja al primer actor social en cuestiones comunicativas. Por su parte, el voluntario recurre a la sonrisa, la risa, mirada expresiva, contacto discreto con pacientes, lenguaje corporal, entre otros.

De esta manera, toma relevancia la necesidad de contribuir al uso de competencias comunicativas en el cuerpo médico con el fin de crear lazos fuertes entre los actores. Esto se logra a partir de la implementación de la estrategia comunicativa enfocada al fortalecimiento de las habilidades y recursos de comunicación –especialmente los no verbales- que tiene y puede desarrollar el personal de salud del pabellón de pediatría del Hospital Universitario de Santander.

A partir de lo anterior, se resalta a la risa como un elemento clave en el establecimiento de las relaciones a partir de la creación de vínculos entre actores. Se considera que puede contribuir a hacer la comunicación más completa e integral en esta esfera social. De esta manera, el uso de herramientas de comunicación que ayuden a darle sentido a la información que se emita, logrará reciprocidad que cale en el accionar de los actores implicados permitiendo finalmente la existencia de una relación más que una interacción.

Una de las herramientas que actualmente interviene en la interacción del personal de salud con los pacientes, es la terapia de la risa. Esta herramienta es usada por la Fundación Corazón en Parches desde hace más de cuatro años, como apoyo al mejoramiento del ambiente en general del pabellón de pediatría del HUS. En cuanto a la terapia de la risa, se evidenció que en un primer momento se da un proceso identitario que parte tanto de los voluntarios con ellos mismos, como se ve reflejado en el calentamiento previo a la terapia en donde estos apropian su estado Clown, así como con los pacientes, los cuales se sienten identificados con los personajes que caracterizan los voluntarios.

Al fortalecer este proceso de identidad, los vínculos entre los actores se ven favorecidos así como una comunicación asertiva dentro de la terapia debido a disminuyen las distancias interpersonales al tratarse de un Clown que actúa como un niño y un paciente que busca diversión y entretenimiento. Una vez creada dicha identidad, el proceso de comunicación se gesta a través de diferentes lenguajes, entre los que predomina el uso del lenguaje no verbal como

herramienta que permite transmitir el mensaje de una manera más estrecha y cercana entre los actores. Esto aumenta el nivel de efectividad en el proceso comunicativo y en la receptividad de los mensajes que desean transmitir lo voluntarios a los pacientes, familiares y personal de salud debido a que al utilizar estos elementos se mejora la transmisión del mensaje.

Los componentes primordiales que conforman dicho lenguaje no verbal son: la corporalidad y los elementos tangibles e intangibles. Dichos componentes entre los que encontramos malabares, juegos, dinámicas, magia, artes circenses, música, artes plásticas, entre otros, además de favorecer la comunicación, producen una estimulación sensorial que es crucial para que exista un proceso comunicativo como lo explica la teoría de Harold D Laswell, la cual sostiene que para que exista una comunicación asertiva debe existir siempre un estímulo que motive y permita el proceso de transmisión y recepción de la información. En este orden de ideas el uso del lenguaje no verbal es la principal estrategia que se utiliza en la terapia para propiciar la comunicación. Surge entonces la oportunidad de establecer estrategias comunicativas que se apoyen en el uso del lenguaje no verbal y que permitan favorecer el proceso comunicativo y facilitar la transmisión de mensajes entre los actores.

En el momento en que se desarrolla la terapia, se concluyó que ésta es vista como un encuentro asertivo con una alta participación por parte de los padres, familiares y pacientes. Esto gracias a las declaraciones hechas por estos actores en donde manifiestan un alto agrado por las actividades que se realizan durante las terapias. Esta participación es generada por un sentimiento de aceptación y gratitud hacia voluntarios de la fundación y mediada por la existencia latente de necesidades de distracción y entretenimiento por parte de los niños. Estas necesidades se evidenciaron al hacer un análisis desde el ámbito psicológico de los deseos y motivaciones de los niños que se encuentran hospitalizados. Es así como la terapia de la risa se convierte en una herramienta que suple estas necesidades y

adicionalmente ayuda a generar un ambiente más favorable y con mejores condiciones que propicien espacios de encuentros comunicativos.

De igual manera, se concluye que la verdadera relación entre la terapia de la risa y las habilidades comunicativas de los actores que participan en ella, se da en la receptividad de la terapia, medida no sólo como el impacto que puede generar en la mejoría de salud de los pacientes, sino entendida como un nivel de interrelación entre los mismos, generadora de vínculos entre los actores y que propicia un ambiente comunicativo asertivo.

Es a partir de este análisis desde el cual se plantea una estrategia enfocada al fortalecimiento de las competencias comunicativas del personal de salud del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander, la cual tiene como fundamento elementos representativos de la terapia de la risa. Dicha estrategia se desarrolla a partir de tres lineamientos principales: capacitaciones enfocadas en el mejoramiento y fortalecimiento de las habilidades comunicativas verbales de las enfermeras, así como las capacitaciones dirigidas a la implementación y uso de herramientas no verbales basadas en la terapia de la risa; y finalmente el diseño e implementación de cinco piezas visuales que apoyen las oportunidades de mejora encontradas referente a las tres grandes categorías que fueron objeto de estudio de este proyecto.

En primera instancia se plantean capacitaciones enfocadas al fortalecimiento de la comunicación verbal ya que se evidenció que el personal de salud, especialmente las enfermeras, centran la relación con los pacientes en las labores técnicas, lo cual no permite generar un vínculo cercano y estrecho con ellos. Por otra parte, las competencias del personal de salud no responden totalmente a las necesidades y derechos de la niñez hospitalizada, derechos que establecen “que

se deben tomar todas las precauciones necesarias para mitigar el estrés y el dolor físico y emocional, resultante de su condición”<sup>658</sup>.

A partir de esto, la terapia de la risa se presenta como una herramienta de dispersión y diversión que le permite a esta población infantil menguar la tensión y el estrés resultante de su condición terminal, y con esto permite propiciar un ambiente hospitalario más óptimo y positivo para su desarrollo físico y emocional. La terapia de la risa aparece como una herramienta que permite disminuir la sintomatología presentada en las enfermeras a causa del síndrome de ‘desgaste profesional’ o el ‘burnout’ que ellas padecen “como una respuesta continua al estrés laboral, que afecta la salud física y mental, así como las relaciones sociales de quienes lo padecen”<sup>659</sup>.

En este orden de ideas, la terapia resulta ser una herramienta comunicativa que apoya el mejoramiento de las competencias comunicativas de dicho personal, y a su vez favorece el estado anímico de éstos y de los niños, permitiendo que estos actores estén dispuestos a establecer una relación estrecha.

Por su parte la acción comunicativa no verbal se plantea a partir de un estudio realizado en 1972 por Albert Mehrabian, en el cual se concluye que “la influencia en las reacciones emotivas de la comunicación verbal cara a cara son sólo del 7%, mientras la comunicación no verbal le corresponde el restante 93%, siendo éste distribuido entre gestualidad y paralingüística”<sup>660</sup>.

A partir de esto se establece la acción de implementar piezas visuales que apoyen y refuercen las capacitaciones y el continuo mejoramiento de las habilidades comunicativas del personal, así como el entorno en que estos actores se desenvuelven. Esto último, teniendo en cuenta que las piezas visuales van

---

<sup>658</sup> SOCIEDAD COLOMBIANA DE PEDIATRÍA. Op. cit., Disponible en: <<http://www.scp.com.co/ArchivosSCP/PediatrasyDerechos/Declaracion.pdf>> [citado el 24 de abril de 2013].

<sup>659</sup> HERNÁNDEZ-VARGAS. Op. cit., Disponible en: <<http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no51-1/RFM051000102.pdf>>

<sup>660</sup> RULICKI. Op. cit., Disponible en:

<sup>660</sup> <<http://books.google.com.co/books?id=ui7ZKBtZQQ0C&printsec=frontcover&dq=comunicacion+no+verbal>>

dirigidas principalmente a ayudar y reforzar la concepción de los imaginarios que tienen los padres y familiares frente al personal de salud.

Se plantea entonces el diseño e implementación cinco piezas visuales, cada una con un mensaje y una imagen escogidos asertivamente, de manera que cada una apoye y contribuya al mejoramiento de las falencias encontradas en cuanto a los imaginarios negativos que se tienen frente al personal de salud, la relación distante de las enfermeras con los pacientes, y a establecer una mejor comunicación con los padres y familiares.

A modo de ejemplo se explica a continuación la pieza 3, referenciada y desarrollada en el capítulo “acercándonos por medio de la estrategia comunicativa”. El mensaje que se leerá en esta pieza visual será: “¿ES MOJER SIA O ES MEJOR ASI? En orden todo funciona”. Esta frase referencia un punto clave encontrado en el análisis de la información recolectada por medio de las entrevistas que se aplicaron al personal de salud. En ellas se afirma que uno de los imaginarios de mayor asociación negativa a las enfermas tiene que ver con su temperamento y personalidad, ya que como ellas mismas lo afirmaron, a causa de la falta de educación ciudadana de los padres de familia, estas se ven en la obligación de recordarles constantemente la normativa del hospital en aspectos como: la hora de visita y salida del pabellón, el orden en las habitaciones, la limpieza en los baños, entre otros correctivos; que son malinterpretados por los familiares y padres de los pacientes.

Es a partir de esto que el mensaje que se propone para la pieza visual 3 pretende una reconfiguración en el imaginario de enfermeras “odiosas”, “malgeniadas”, “cansonas” y “molestas”, para dar a entender, por medio de un mensaje visual impactante, que el Hospital cuenta con una normativa específica y que esta debe ser cumplida a cabalidad para lograr el buen funcionamiento de las labores que allí se desempeñan. Por supuesto, la imagen que acompaña la frase está planteada de manera positiva, en clave de sí. Es decir; que aunque tiene su argumento en

una problemática que afecta de manera negativa el ambiente del pabellón, la imagen del afiche refleja, de manera positiva, la situación que se debe vivenciar. De esta manera, el mensaje y la imagen que se están transmitiendo y que logra cabida en la percepción de los padres y familiares son positivas, lo cual reflejará un cambio en esta misma dirección.

De la misma manera, las otras cuatro piezas planteadas en esta acción comunicativa responden a las oportunidades de mejora encontradas en los aspectos anteriormente mencionados, y estas resultan ser un medio de apoyo para el cumplimiento de los objetivos de la estrategia en general, los cuales se centran en el mejoramiento de las relaciones existentes entre las enfermeras, los pacientes y sus familiares.

Es así como el imaginario se convierte en el elemento principal que predispone la relación entre padres y familiares con el personal de salud. Imaginarios centrados desde una perspectiva negativa que se ven reforzados por la carencia de las habilidades comunicativas óptimas por parte del personal de salud, el cual no se interesa en forjar una relación estrecha con los pacientes y familiares, sino que se centra únicamente en los procesos de diagnóstico y acciones médicas.

De esta manera, la investigación busca responder el problema comunicativo planteado en sus inicios, el cual indaga en ¿cómo la comunicación y la terapia de la risa como lenguaje terapéutico, contribuye al fortalecimiento de las competencias comunicativas del personal de salud para mejorar la relación con sus pacientes? Dicho esto, y de acuerdo al estudio realizado, es posible concluir que ambas herramientas fomentan ambientes positivos en la esfera social del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander.

Esto se logra a partir de la articulación de la terapia de la risa, como herramienta comunicativa, puesta en práctica por el personal de salud, - especialmente por las enfermeras - y el uso de recursos verbales y no verbales en la comunicación entre



los actores implicados. Esta articulación se basa en la risa como puente comunicativo que posibilita el establecimiento de relaciones fructíferas y estrechas entre el cuerpo médico-pacientes, /familiares, y cuerpo médico-voluntarios de la Fundación Corazón en Parches. Se reconoce la influencia que tiene en la construcción de imaginarios positivos frente al personal de salud y que a su vez, puede lograr convertir experiencias negativas en vivencias mucho más agradables y participativas que faciliten un ambiente de comunicación asertiva.

# **ANEXOS**

## ANEXO A

### FORMATOS DE METODOLOGÍA APLICADA

MARÍA FERNANDA BAYONA ARÉVALO  
NATHALIE ESPINOSA CÁCERES  
MARÍA CONSTANZA JIMÉNEZ JÁCOME  
JESSICA ALEJANDRA PÉREZ OVALLE

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA  
FACULTAD DE COMUNICACIÓN Y ARTES AUDIOVISUALES  
BUCARAMANGA

2013

## FORMATO MÉTODO DE OBSERVACIÓN

### MÉTODO DE OBSERVACIÓN PARA LOS VOLUNTARIOS DE LA FUNDACIÓN CORAZÓN EN PARCHES

FECHA:	HORA:	LUGAR:	ACTIVIDAD:					
<b>COMPETENCIAS COMUNICATIVAS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>ESCALA:</b>						
	Calidad de los encuentros entre actores -Tiempo	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">1</td> <td style="width: 20%;">2</td> <td style="width: 20%;">3</td> <td style="width: 20%;">4</td> <td style="width: 20%;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	<b>MALA BUENA</b>
	1	2	3	4	5			
	Interacción entre actores	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">1</td> <td style="width: 20%;">2</td> <td style="width: 20%;">3</td> <td style="width: 20%;">4</td> <td style="width: 20%;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	<b>POCA MUCHA</b>
	1	2	3	4	5			
	Terminología empleada	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">1</td> <td style="width: 20%;">2</td> <td style="width: 20%;">3</td> <td style="width: 20%;">4</td> <td style="width: 20%;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	<b>TÉCNICA COLOQUIAL</b>
	1	2	3	4	5			
	Número de reiteraciones del mensaje	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">1</td> <td style="width: 20%;">2</td> <td style="width: 20%;">3</td> <td style="width: 20%;">4</td> <td style="width: 20%;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	<b>POCAS MUCHAS</b>
1	2	3	4	5				
Uso de lenguaje no verbal	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">1</td> <td style="width: 20%;">2</td> <td style="width: 20%;">3</td> <td style="width: 20%;">4</td> <td style="width: 20%;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	<b>POCOS MUCHOS</b>	
1	2	3	4	5				
Valores	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">1</td> <td style="width: 20%;">2</td> <td style="width: 20%;">3</td> <td style="width: 20%;">4</td> <td style="width: 20%;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	<b>NO SE EVIDENCIA SE EVIDENCIA</b>	
1	2	3	4	5				
<b>ANOTACIONES:</b>								

### MÉTODO DE OBSERVACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD DEL PABELLÓN DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

FECHA:	HORA:	LUGAR:	ACTIVIDAD:					
<b>COMPETENCIAS COMUNICATIVAS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>ESCALA</b>						
	Calidad de los encuentros entre actores -Tiempo	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">1</td> <td style="width: 20%;">2</td> <td style="width: 20%;">3</td> <td style="width: 20%;">4</td> <td style="width: 20%;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	<b>MALA BUENA</b>
	1	2	3	4	5			
	Interacción entre actores	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">1</td> <td style="width: 20%;">2</td> <td style="width: 20%;">3</td> <td style="width: 20%;">4</td> <td style="width: 20%;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	<b>POCA MUCHA</b>
	1	2	3	4	5			
	Terminología empleada	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">1</td> <td style="width: 20%;">2</td> <td style="width: 20%;">3</td> <td style="width: 20%;">4</td> <td style="width: 20%;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	<b>TÉCNICA COLOQUIAL</b>
	1	2	3	4	5			
	Número de reiteraciones del mensaje	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">1</td> <td style="width: 20%;">2</td> <td style="width: 20%;">3</td> <td style="width: 20%;">4</td> <td style="width: 20%;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	<b>POCAS MUCHAS</b>
1	2	3	4	5				
Uso de lenguaje no verbal	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">1</td> <td style="width: 20%;">2</td> <td style="width: 20%;">3</td> <td style="width: 20%;">4</td> <td style="width: 20%;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	<b>POCOS MUCHOS</b>	
1	2	3	4	5				
Valores	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">1</td> <td style="width: 20%;">2</td> <td style="width: 20%;">3</td> <td style="width: 20%;">4</td> <td style="width: 20%;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	<b>NO SE EVIDENCIA SE EVIDENCIA</b>	
1	2	3	4	5				
<b>Anotaciones</b>								

## FORMATO ENTREVISTA

Padres y familiares

<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Preguntas</b>
<b>Risa</b>	Actitud de los niños, talleristas y personal médico.	- ¿Cómo describe los talleres realizados por la Fundación Corazón en Parches? - ¿Cómo describe el trato que ellos le dan a los niños durante la terapia? - ¿Qué cualidades destaca de los talleristas? - ¿Considera usted que la terapia de la risa mejora el ambiente en el que se encuentra el niño?
	Variedad de elementos utilizados en la risa	- ¿Qué elementos, de los que utilizan los talleristas en las terapias, destaca?
	Cantidad de participación	- ¿Cómo califica la disposición de ellos frente a los niños en los talleres?

<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Preguntas</b>
<b>Imaginarios</b>	Frecuencia de experiencias negativas y positivas	- ¿Desde hace cuánto ha tenido que mantener un contacto constante con médicos/enfermeras? - ¿Qué balance hace de esas experiencias?
	Rumores	- ¿Ha escuchado comentarios negativos por parte del personal médico hacia el pabellón o los niños?
	Calificativos asociados al personal médico	- ¿Usted cómo se refiere al personal médico? - ¿Qué cualidades destaca de ellos? - ¿En qué aspectos podría

<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Preguntas</b>
<b>Competencias Comunicativas</b>	No. de encuentros entre actores	- ¿Cuánto tiempo lleva hospitalizado el niño? - ¿Con qué frecuencia recibe atención médica?
	Terminología empleada	- ¿El médico/enfermera procura usar un lenguaje sencillo y comprensible en las consultas?
	No. de reiteraciones del mensaje	- ¿Comprende cada una de las intervenciones que realiza el médico/enfermera en su visita?
	No. de acuerdos	- ¿Tienen la oportunidad de opinar, de preguntar sobre sus dudas y resolver sus inquietudes en cada uno de

Uso de lenguaje no verbal	<p>- Cuando usted no comprende algo, ¿el médico/enfermera busca otra forma para explicarle? (mediante dibujos, señales, gestos).</p> <p>- ¿El médico/enfermera utiliza gestos que pueden llegar a ser displicentes con usted o el niño?</p>
Valores	<p>- Si usted pide una explicación al médico/enfermera, ¿se molesta o le responde de manera amable?</p> <p>- ¿Cómo es la actitud del médico/enfermera con el niño en cada consulta?</p>

Personal de salud del Pabellón de Pediatría del Hospital Universitario de Santander

Variables	Indicadores	Preguntas
<p style="text-align: center;"><b>Risa</b></p>	<p style="text-align: center;">Actitud de los niños</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cómo describen los talleres realizados por la Fundación Corazón en Parches?</li> <li>- ¿Cómo describe el trato que ellos le dan a los niños durante la terapia?</li> <li>- ¿Qué cualidades destaca de los talleristas?</li> <li>- ¿Considera usted que la terapia de la risa mejora el ambiente en el que se encuentra el niño?</li> </ul>
	<p style="text-align: center;">Variedad de elementos utilizados en la risa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué elementos, de los que utilizan los talleristas en las terapias, destaca?</li> <li>- ¿Considera que la terapia de la risa le trae algún beneficio al niño? (¿Cuáles?)</li> </ul>
	<p style="text-align: center;">Cantidad de participación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cómo califica la disposición de ellos frente a los niños en los talleres?</li> <li>- ¿Los niños son receptivos frente a estas terapias?</li> </ul>



<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Preguntas</b>
<b>Imaginario</b>	Frecuencia de experiencias negativas y positivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué tan difícil es trabajar en el Pabellón de Pediatría?</li> <li>- ¿Cómo califica la relación o el vínculo que se crea con los pacientes y sus familiares?</li> </ul>
	Rumores	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué percepción, cree usted, que tienen los pacientes y familiares de usted y su labor?</li> <li>- ¿Qué tipo de comentarios ha escuchado por parte de los pacientes y familiares frente al personal médico del pabellón?</li> </ul>
	Calificativos asociados al personal médico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿De qué manera se refieren los pacientes y familiares hacia usted?</li> <li>- ¿Qué calificativos cree que le atribuyen?</li> <li>- ¿Cómo evalúa la labor personal médico del pabellón?</li> </ul>

Competencias Comunicativas	No. de encuentros entre actores	- ¿Cuánto tiempo lleva hospitalizado el niño? - ¿Con qué frecuencia visita a los niños?
	Terminología empleada	- ¿Qué tipo de lenguaje utiliza en cada visita?
	No. de reiteraciones del mensaje	- ¿Usted acepta las opiniones que dan los paciente o familiares frente a los tratamientos o medicamentos que se le van a aplicar al niño? - ¿Cómo asumen los pacientes o familiares sus comentarios, sugerencias y dictámenes?
	No. de acuerdos	- ¿Tienen la oportunidad de opinar, de preguntar sobre sus dudas y resolver sus inquietudes en cada uno de los encuentros que tiene con el personal de salud?
	Uso de lenguaje no verbal	- ¿Qué herramientas emplea para dar a entender explicaciones o conceptos que no comprenden los pacientes o familiares? - ¿Cómo describe la actitud corporal del niño y los familiares en las consultas? - ¿Hay actitudes por parte de los pacientes y familiares que puede dificultar su labor?
	Valores	- ¿Cómo reciben los pacientes y los familiares sus visitas? - ¿Cómo es la actitud del niño y sus familiares en cada consulta?

## Voluntarios de la Fundación Corazón en Parches

Variables	Indicadores	Preguntas
<b>Risa</b>	Actitud de los niños, talleristas y personal médico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cómo describe la participación de los niños durante los talleres?</li> <li>- ¿Son ellos receptivos y participativos frente a las actividades que se proponen?</li> </ul>
	Variedad de elementos utilizados en la risa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué tipo de elementos utilizan ustedes para desarrollar sus actividades?</li> <li>- ¿Qué lenguaje prevalece más en estas actividades: el verbal o el gestual?</li> </ul>
	Cantidad de participación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Todos los niños participan activamente en los talleres?</li> <li>- ¿Quiénes son más participativos? ¿De qué edades?</li> </ul>
	Evidencia de receptividad	- ¿Cómo pueden ustedes evaluar el resultado de sus talleres?

Variables	Indicadores	Preguntas
<b>Imaginario</b>	Frecuencia de experiencias negativas y positivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Hace cuánto está en la fundación?</li> <li>- ¿Cómo califica esta experiencia?</li> <li>- ¿Cómo describe la relación entre ustedes y los niños?</li> </ul>
	Rumores	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué percepción, cree usted, que tienen los niños, personal de salud y familiares frente a estos talleres?</li> <li>- ¿Qué tipo de comentarios ha escuchado por parte de los niños hacia los talleres?</li> </ul>
	Calificativos asociados al personal médico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cómo cree que cambia la percepción de los pacientes y familiares hacia los médicos a través de los talleres realizados por ustedes?</li> <li>- ¿Cómo describe la labor desempeñada por el personal médico?</li> </ul>

<b>Competencias Comunicativas</b>	No. de encuentros entre actores	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuánto tiempo lleva dictando los talleres?</li> <li>- ¿Con qué frecuencia se dictan este tipo de talleres?</li> </ul>
	Terminología empleada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué tipo de lenguaje utiliza en cada taller?</li> <li>- ¿Los niños comprenden las actividades?</li> </ul>
	Uso de lenguaje no verbal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué herramientas emplea en cada taller?</li> <li>- ¿Cómo describe la actitud corporal del niño y los familiares en las consultas?</li> <li>- ¿Hay actitudes por parte de los pacientes y familiares que puede dificultar su labor?</li> </ul>
Valores	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cómo reciben los pacientes y los familiares sus talleres?</li> <li>- ¿Cómo es la actitud del niño y sus familiares en cada taller?</li> </ul>	

## **ANEXO B**

### **ENTREVISTAS**

MARÍA FERNANDA BAYONA ARÉVALO  
NATHALIE ESPINOSA CÁCERES  
MARÍA CONSTANZA JIMÉNEZ JÁCOME  
JESSICA ALEJANDRA PÉREZ OVALLE

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA  
FACULTAD DE COMUNICACIÓN Y ARTES AUDIOVISUALES  
BUCARAMANGA

2013

## ANEXO 1

Entrevista Personal de Salud					
Género	M			F	
Rango de edades	15-25	25-35	35-45	45-55	Más de 55
Estrato Social	0	1	2	3	4
Nivel Educativo	Primaria	Secundaria	Universidad	Técnica	Universitaria
Cargo	Practicante				
Tiempo de instancia en el hospital	1 año				

**¿Cómo describe la experiencia de trabajar en el Pabellón de Pediatría?**

Excelente, es maravilloso estar con ellos. Me agradó mucho.

**¿Tiene oportunidad de crear algún vínculo con los niños, con los papás?**

Claro. A mí me fue muy bien con los papás, me colaboraron mucho, hubo respeto mutuamente.

**¿Cómo es la actitud del niño cuando lo está atendiendo?**

Lindo. Por lo menos yo tuve la experiencia con Maleja, es muy linda, muy cariñosa.

**¿Alguna vez escuchó algún tipo de comentario negativo por parte de los papás hacia ustedes?**

No, para nada. Una relación muy buena.

**¿Qué tipo de lenguaje utiliza al estar con los niños? ¿Un lenguaje sencillo, técnico?**

Sencillo, uno con el que ellos me entendieran.

**¿Cómo le parecen los talleres realizados por la Fundación Corazón en Parches?**

Pues chéveres, porque es lo que anima a los niños, no los deja deprimir tanto.

**¿Qué cualidades destaca de las personas que son voluntarias de esta fundación?**

Yo pienso que la humildad, el carisma, las ganas de hacer todo esto, porque a uno como que le da pena.

**¿Qué elementos, de los que ellos utilizan, le llaman la atención y siente que son apropiados para hacer este tipo de terapias?**

La verdad, no los he visto muy bien.

**¿Cómo cree que este tipo de actividades ayuda al tratamiento del niño y a la relación que se forja entre médicos, enfermeras, papás y niños?**

Pues me parece que es muy unida, muy humana, no hay tanta frialdad. En que los niños no se depriman, acá se ven niños muy deprimidos entonces cuando llegan, ellos cambian la actitud, sonrían, son distintos al estar sintiendo de pronto el dolor.

**ANEXO 2**

Entrevista Personal de Salud					
Género	M		F		
Rango de edades	15-25	25-35	35-45	45-55	Más de 55
Estrato Social	0	1	2	3	4
Nivel Educativo	Primaria	Secundaria	Universidad	Técnica	Universitaria
Cargo	Jefe enfermera				



<b>Tiempo de instancia en el hospital</b>	<b>3 años</b>
---	---------------

**¿Cómo califica la experiencia de trabajar en el Pabellón de Pediatría?**

Es difícil por el tipo de patología que uno encuentra en los niños, como que uno lo relaciona con la vida de uno. Pero igual uno tiene que, como decimos, hacer de tripas corazón.

**¿Cómo describe la relación que se forma con los niños y sus familiares?**

A veces es difícil, es muy difícil porque la familia no acepta el tipo de enfermedad que tiene el paciente, entonces es como conflictivo. Y usted sabe que hay ciertas normas en un hospital, o a un lugar a donde uno vaya. La gente ya después se acostumbra.

**¿Ha escuchado comentarios negativos por parte de los familiares hacia ustedes?**

Sí, claro. Sobre todo cuando se le exige al papá o la mamá una orden o algo, entonces uno escucha cosas como: “Ay, es que esa enfermera me la tiene montada”.

**¿Puede dar un ejemplo de alguna situación?**

Por ejemplo, usted se da cuenta que las habitaciones son pequeñas y no están aptas las habitaciones para que el papá se quede. Entonces, ¿qué hacen ellos?: cogen cartones, una sábana o una cobija y se acuestan ahí. No se vayan en la mañana, uno llega a las 7 de la mañana a recibir turno y ellos todavía aún tirados en el suelo, se ponen bravos porque uno los levanta, entonces, qué es lo que le está transmitiendo a un niño inmunosuprimido. Además, tampoco le exigen al niño cosas como bañarse. Entonces, es eso, como una falta de cultura. También tomar conciencia de qué tipo de enfermedad tiene su hijo.

**¿Qué tipo de lenguaje utiliza con los niños, con los papás?**

Uno trata de explicarle de la forma que ellos entiendan.

**¿Ellos tienen la oportunidad de preguntar sobre sus dudas e inquietudes?**

Sí, claro. Lo que nos compete a nosotras sí. Lo que no nos compete lo dirigimos a los médicos.

**¿Cómo describe los talleres de la Fundación en Parches y qué tanto beneficia a los niños?**

Yo creo que favorece mucho a los niños porque ellos se entretienen y los esperan cada ocho días. Les divierte, les gusta y pues eso lo esperan, lo anhelan cada ocho días. Y cuando no pueden entrar a las habitaciones, a veces, hay niños que se ponen tristes.

**¿Qué cualidades destaca de los voluntarios de la Fundación?**

Pues créame que la cualidad de hacer reír un niño, de hacer un chiste o una payasada, cualquiera no la tiene.

**¿Cómo interviene el personal médico en esa interacción?**

No participamos. Uno es ajeno a eso.

**De los elementos que ellos utilizan ¿Cuáles son los más atractivos para los niños?**

Yo creo que los juguetes.

**¿Cómo mejora la terapia de la risa el proceso de los niños y la relación que ustedes tienen con los papás?**

A los papás los relaja y los saca de esa rutina que tienen. Porque si usted se da cuenta, las habitaciones ni siquiera tienen una ventana para mirar un árbol, entonces, les cambia como el humor. Y a los niños en el momento los anima, que estén cada ocho días...

### ANEXO 3

Entrevista Personal de Salud					
Género	M			F	
Rango de edades	15-25	25-35	35-45	45-55	Más de 55
Estrato Social	0	1	2	3	4 – Otro: __
Nivel Educativo	Primaria	Secundaria	Universidad	Técnica	Universitaria
Cargo	Practicante de enfermería				
Tiempo de instancia en el hospital	Dos sábados (en pediatría)				

**¿Qué tan difícil es trabajar acá en el pabellón de pediatría, teniendo en cuenta la situación de los niños?**

No me parece difícil, es algo muy bonito.

**¿Cómo califica la relación o el vínculo que se crea con los pacientes y los familiares?**

Muy bueno porque los niños se hacen querer mucho, igualmente los familiares, con el trato.

**¿Cómo es la actitud de los niños y de los familiares cada vez que usted entra y los visita?**

Una sonrisa, saludan, se ponen felices.

**¿Qué tipo de comentarios ha escuchado por parte de los pacientes o de los familiares, algunos calificativos?**

Dependiendo de la persona, dirán que uno son muy malgeniados, pero por lo general como uno trabaja con niños, dicen que son muy alegres, uno les sonrío, les hace jueguitos...

**¿Acepta las opiniones o preguntas que le hacen los pacientes frente alguna inquietud? Por ejemplo algún medicamento.**

Ah ¡sí claro! Porque por lo menos si uno va a poner un medicamento y el niño es alérgico y uno no sabe, ellos le avisan a uno y uno pues notifica y se mira si se lo aplican o no.

**Cuando se da la relación con el niño, ¿Qué lenguaje utiliza? Por ejemplo para explicarle que le van a poner una inyección...**

Es un lenguaje sencillo, como para que el niño entienda, por medio de, no se utiliza uno jueguitos, o algo animalitos o algo para que ellos entienda.

**¿Cómo describe los talleres que realiza la Fundación Corazón en Parches?**

Son muy buenos, me gustan.

**¿Qué elementos, de los que ellos utilizan, destaca?**

Tienen mucha creatividad. Me gusta demasiado la interacción que tuvieron con los niños. Sobre todo hay uno que es un poco hiperactivo entonces a él le gusta molestar un poquito pero pues ustedes supieron llevarle la corriente y transformaron todo como para darle más risa a toda la sala.

**¿Cree que la terapia mejora el ambiente en el que se encuentra el niño y el ambiente del piso, les ayuda?**

Demasiado, demasiado.

## ANEXO 4

Entrevista Personal de Salud					
<b>Género</b>	M		F		
<b>Rango de edades</b>	15-25	25-35	35-45	45-55	Más de 55
<b>Estrato Social</b>	0	1	2	3	4 – Otro: __
<b>Nivel Educativo</b>	Primaria	Secundaria	Universidad	Técnica	Universitaria
<b>Cargo</b>	Enfermera auxiliar				
<b>Tiempo de instancia en el hospital</b>	4 meses				

### ¿Hace cuánto tiempo trabaja en el Pabellón de Pediatría?

Acá en el pabellón hace cuatros meses.

### ¿Qué tan difícil es trabajar en el Pabellón de Pediatría?

Lo más complicado es ver los niños enfermos. La comunicación no se hace difícil con los niños.

### ¿Cómo califica la relación o el vínculo que se crea con los pacientes y sus familiares?

Eso depende del genio de uno, de como uno le llegue a la gente, porque si uno le llega mal, la gente responde mal, pero no, para mí es buena la relación que hay con los niños y papitos.

### ¿Cómo es la actitud del niño y sus familiares en cada visita que usted realiza?

La actitud es buena, porque uno siente que los reciben con gusto. Por eso uno llega molestando, uno llega consintiéndolos, ellos se sienten bien. Sin embargo,

hay niños que se asustan no más con ver a uno vestido así, y que uno entró a la habitación, pero uno empieza a hacerles juego, a consentirlos y jugar, y ellos bajan un poquito la tensión.

**¿Qué tipo de comentarios ha escuchado por parte de los pacientes y familiares frente al personal de salud del pabellón?**

Sí, hay veces que con algún jefe dicen: “Uy esa jefe es muy odiosa” cosas así. Por ejemplo cuando se les llama la atención por el desorden que está en la mesa, entonces dicen que es que uno no los quiere dejar hacer cosas y eso...

**¿Usted acepta las opiniones que dan los paciente o familiares frente a los tratamientos o medicamentos que se le van a aplicar al niño?**

Pues sí, lo malo a veces es cuando preguntan cosas que uno no está autorizado a comentar. **¿Qué tipo de cosas?** Como por ejemplo las mamitas que se ponen muy depresivas cuando son niños que se les descubre la leucemia por primera vez, entonces empiezan a preguntar digamos, ¿esa enfermedad al cuánto tiempo lo va a matar?, por decirlo así, o ¿cuánto tiempo le queda de vida?, entonces, esas son cosas que uno no puede decir, y uno entiende que en el momento, las mamitas no entienden la enfermedad, y les falta información, entonces uno le explica para que queden más tranquilas, uno trata de explicarles y trata de aconsejar, sobre todo, que no abandone el tratamiento, porque muchas veces la recaídas es por abandono de tratamiento. Entonces uno les dice, “no mamita, todo tiene solución, el tratamiento es para evitar esto, entonces lo esencial es que usted no lo abandone”.

**¿Qué tipo de lenguaje utiliza? ¿Emplea otras herramientas para dar a conocer sus conceptos o diagnósticos?**

Uno trata de llamarlos por en nombre, y decirles de manera bonita qué les va a hacer, de manera que ellos entiendan. Uno no les dice “venga le pongo una inyección”, sino “ven te pongo esto”. Cuando uno le habla a los niños y papitos,

toca utilizar todo lo que esté al alcance, las manos, los gestos, toca con todo, mejor dicho.

**¿Cómo describe los talleres realizados por la Fundación Corazón en Parches?**

¿Son los que vienen todos los sábados? (risas) Es bonito y agradable lo que ellos hacen. De todas maneras hay niños a los que se asustan con los payasos pero hay otros a los que les gusta mucho.

**¿Cómo describe el trato que ellos le dan a los niños durante la terapia?**

Yo siempre he visto que es un trato muy agradable. Ellos son extremadamente cariñosos y bastante comprensivos con los niños.

**¿Qué cualidades destaca de los talleristas?**

Que desde que llegan hasta que se van, se meten en su papel de niños.

**¿Qué elementos, de los que utilizan los talleristas en las terapias, destaca?**

El atuendo es bastante llamativo para ellos, como le digo yo, a los niños que le gustan los payasos es mejor dicho, una bonita terapia. Y lo otro, los muñecos que traen y las cosas que utilizan para estar con los niños.

**¿Considera usted que la terapia de la risa mejora el ambiente en el que se encuentra el niño?**

Claro, eso ayuda a que los niños se sientan como entre amigos. Sí, a mí me parece que eso ayuda mucho. **¿En qué sentido lo mejora?** Muchas veces uno ve a un niño decaído durante el día, y le dice por ejemplo, cómete esto o tómate eso que por la tarde vienen los payasos, entonces de una vez como que les cambia el semblante. Entonces para ellos como que los motiva a estar mejor en el día para que cuando lleguen los payasos ellos puedan verlos.

## ANEXO 5

Entrevista Personal de Salud					
Género	M			F	
Rango de edades	15-25	25-35	35-45	45-55	Más de 55
Estrato Social	0	1	2	3	4 – Otro: __
Nivel Educativo	Primaria	Secundaria	Universidad	Técnica	Universitaria
Cargo	Enfermera auxiliar – EFORSALUD				
Tiempo de instancia en el hospital	Dos fines de semana (practica)				

### ¿Hace cuánto tiempo trabaja en el Pabellón de Pediatría?

Llevo dos semanas, que ha sido la práctica.

### ¿Qué tan difícil es trabajar en el Pabellón de Pediatría?

De cierta manera, difícil no es que sea, sino por el hecho de ser niños, uno se conmueve más. En muchas ocasiones, los niños colaboran más que los adultos. Ya saben cuando uno entra a ponerles algún medicamento, o algo, y colaboran.

### ¿Cómo califica la relación o el vínculo que se crea con los pacientes y sus familiares?

Yo trato de crear un vínculo muy cercano con los niños y los papitos, para que ellos lo traten a uno bien y le tengan confianza, y no le cojan a uno miedo. Con las enfermeras, también pasa igual, los niños dan acceso a que uno los revise.



**¿Cómo es la actitud del niño y sus familiares en cada visita que usted realiza?**

Dependiendo de con qué uno vaya a revisarlos, porque hay ciertas cosas que les da miedo, como aparatos y demás. Pero digamos, ellos son muy receptivos cuando entramos, a veces nos dicen “quédense acá, no se vaya”. Los papás también soy muy agradecidos porque uno trata a los niños como de lo mejor, entonces ellos son muy agradecidos.

**¿Qué tipo de comentarios ha escuchado por parte de los pacientes y familiares frente al personal de salud del pabellón?**

No, la verdad, no, hasta el momento no he escuchado.

**¿Usted acepta las opiniones que dan los paciente o familiares frente a los tratamientos o medicamentos que se le van a aplicar al niño?**

Dependiendo de lo que sea, uno reacciona. Si dicen digamos, que tiene fiebre, entonces uno revisa si ya se le dio la dosis adecuada de medicamento, o si ya avisaron al médico. Dependiendo de lo que el niño presente. Primero uno atiende los llamados, y en caso de que insista el familiar, uno le dice que espere un momento, y llamamos a la jefe. Todo el trato es bueno, sin altanería, haciéndole entender a la señora que tranquila que ya se le va a dar atención al niño.

**¿Qué tipo de lenguaje utiliza? ¿Emplea otras herramientas para dar a conocer sus conceptos o diagnósticos?**

Yo les hablo de manera de que entiendan, les hablo cariñoso, y en muchas ocasiones utilizo mucho las manos para expresarme. Inicialmente yo me hago primero las cosas para que los niños no tengan miedo. Hay niños que le temen al pulsímetro, entonces yo me lo pongo y les digo, “mira, eso no puya, no hace nada”, y busco juego con ellos de manera que no le cojan miedo a las cosas. A los papitos también les hablo con palabras cercanas y lograr un vínculo.

**8. ¿Cómo describe los talleres realizados por la Fundación Corazón en Parches?**

Eso me parece muy chévere, porque los niños acá todo el día, durante semanas, entonces como están acá, no tienen diversión, juegos ni nada, entonces es chévere que vengan a entretenerlos, a divertirlos.

**9. ¿Cómo describe el trato que ellos le dan a los niños durante la terapia?**

Lo que me he fijado es que es bueno, los tratan con respeto, como que le siguen la cuerda a los niños durante la terapia, y eso es positivo.

**¿Qué cualidades destaca de los voluntarios?**

Ellos son muy activos, les gusta hacer eso, los veo tan centrados en esas actividades que se entregan mientras están cerca de los niños. Logran que los niños tengan una parte de control, y que se identifiquen con los personajes.

**¿Qué elementos, de los que utilizan los voluntarios en las terapias, destaca?**

El vestuario, los identifican como payasos y pues, ellos son los que entretienen. Por ahí he escuchado una cosita que suena y que logró captar la atención de varios niños. Varios estaban ahí entretenidos. Los instrumentos que traen logran captar mucho la atención de los niños.

**¿Considera usted que la terapia de la risa mejora el ambiente en el que se encuentra el niño?**

Sí, yo pienso que sí porque al igual, los niños normalmente tienden como a deprimirse, que se sienten solos, entonces como que “¡ay! Vienen a divertirme, qué chévere” es la actitud que se les ve cuando llegan los payasos, y eso les ayuda a que se olviden que están enfermos, en el sitio, un hospital, entonces se ponen contentos.

## ANEXO 6

Entrevista Personal de Salud					
Género	M		F		
Rango de edades	15-25	25-35	35-45	45-55	Más de 55
Estrato Social	0	1	2	3	4
Nivel Educativo	Primaria	Secundaria	Universidad	Técnica	Universitaria
Cargo	Practicante				
Tiempo de instancia en el hospital	2 semanas				

### ¿Qué tan difícil es trabajar en el pabellón de pediatría?

Normal.

### ¿Cómo describiría el contacto que se debe tener con los niños?

Pues debe ser más amable, más cariñoso porque son niños entonces hay que tenerles como mucha paciencia...claro que a los adultos también ¿no? (risa) pero a ellos también. Prestarles como más atención.

### ¿Cómo califica la relación que ustedes pueden formar con los papas?

Con ellos se habla mucho igualmente.

### ¿Qué tipo de lenguaje usa con ellos para explicarles algún tratamiento o procedimiento que se le va a hacer a los niños?

Un lenguaje muy sencillo porque no se puede utilizar un lenguaje muy técnico con ellos.

**¿Ha escuchado comentarios negativos por parte de los papas hacia ustedes?**

Hasta ahora no.

**Cuando algún papá le pide que le explique algo ¿Hace uso de otro lenguaje para hacerse entender?**

No, pues siempre es verbal y por lo general uno busca la manera más adecuada con un lenguaje muy básico el cual ellos puedan entender. Nada de palabras técnicas, todo básico.

**¿Cómo describes a los payasos?**

¡Chistosos! (risas) Son súper divertidos.

**¿Cómo describes el trato que los voluntarios le dan a los niños?**

Adecuado, ósea son payasos, tienen que tratar con niños. Me parece que es el trato adecuado.

**De los elementos que ellos utilizan ¿Cuáles le llaman más la atención?**

Todos, todos. A mí me parecen que todos están bien.

**¿Le parece que este tipo de actividades, de terapias benefician a los niños?**

Claro, porque igualmente a mí me parece que es muy frustrante uno estar todo el día en una cama, pues yo detesto eso. Y para ellos, por lo menos a los niños les gustan los payasos, y al verlos a ellos como que es un momento de distracción hasta para los familiares, se olvidan de lo que están pasando por un momento.

**¿Qué cualidades destaca de los voluntarios?**

Pues todas. Yo me quiero inscribir a la fundación claro está, pero no puedo (risas) Pero ósea eso es como por decirlo una obra de caridad, es que cualquier no hace

eso de venir acá, sacar tiempo y venir acá. Nadie saca tiempo. Yo porque no puedo, sino me inscribiría a la Fundación Chocolate, pero no tengo tiempo. Pero igual me parece que es algo muy... cualidades, todas porque para que alguien saque tiempo, venga acá y haga eso, casi nadie lo hace!

## ANEXO 7

Entrevista Personal de Salud					
Género	M			F	
Rango de edades	15-25	25-35	35-45	45-55	Más de 55
Estrato Social	0	1	2	3	4
Nivel Educativo	Primaria	Secundaria	Universidad	Técnica	Universitaria
Cargo	Camillero				
Tiempo de instancia en el hospital	7 años				

### ¿Cómo ha sido la experiencia de trabajar en el pabellón?

Muy bonito. Bonito porque me gusta tratar con los niños.

### ¿Cómo califica el vínculo que se crea con los niños?

Me relaciono muy bien con ellos. Los trato con mucho cariño para que ellos me acepten a mí como persona, no como empelado sino como un amigo más.

### ¿Con los papás también tiene un contacto directo o es más lejano?

No, con ellos también. Como uno está con los niños y sabe que ellos son muy allegados a ellos.

**En el tiempo que lleva en el pabellón ¿Ha escuchado comentarios negativos de los papas o familiares hacia ustedes?**

Bueno eso sí, lo normal...

**¿Cuáles son algunos de esos comentarios?**

Que por el mal servicio, hay gente que, como este es un hospital al que llega mucha gente que viene de varias partes, no es que uno preste un mal servicio, lo que pasa es que no hay el personal suficiente para atender a todo el mundo. Entonces, es tanta la gente que llega, los pacientes que uno no da abasto como empleado.

**Con respecto a los payasos de la Fundación, ¿Qué opina de ellos?**

A mí si (risas) Yo me meto ahí con ellos, me gusta. Y para los niños es una actividad muy buena

**¿Cómo los ayuda a ellos?**

No pues bastante. Le cambia mucho el ambiente, cuando el niño ve el payasito ya la alegría que se les ve y les hablan y les dan esto, les traen regalitos entonces ya cambian su forma de ver las cosas.

**De lo que ellos traen ¿Qué es lo que usted más rescata? ¿Qué es lo que más le llama la atención de todo lo que ellos hacen acá?**

No, a mí todo. Ellos vienen a amenizar, a cambiarles ese comportamiento... Para mí todo, es muy bien.

**¿Qué cualidades destaca de todos los voluntarios de la fundación?**

Por lo que he visto son muy alegres, son muy amables, siempre están contentos, juegan con los niños, se portan muy bien con ellos, que los regalitos. Anomalías no hay (risas), eso es muy bueno. Yo a veces me vuelvo chiquitico con ellos, hasta con los payasos (risas).

Me llama mucho la atención los niños, más cuando están con enfermedades de gravedad...

## ANEXO 8

Entrevista Personal de Salud					
Género	M			F	
Rango de edades	15-25	25-35	35-45	45-55	Más de 55
Estrato Social	0	1	2	3	4
Nivel Educativo	Primaria	Secundaria	Universidad	Técnica	Universitaria
Cargo	Camillero				
Tiempo de instancia en el hospital	7 años				

### ¿Cómo ha sido la experiencia de estar en el pabellón con los niños?

A mí no me gusta porque es muy triste. No me gusta. No me gusta ver los niños así, ósea verlos encerrados, cohibiéndose de la niñez. Pero es bonito, pues llena, como persona llena mucho ayudarlos a ellos.

### ¿Cómo califica la relación que ustedes como practicante forjan con los niños? ¿Cómo es era relación con los niños?

De amor, muchísimo, comprensión. Para mí es básicamente amor lo que se les brinda a ellos, para poder interactuar con ellos.

### ¿También interactúa con los papás?

No, con ellos casi no. Más que todo con los niños.

**¿Cómo es la actitud de los niños cuando lo están atendiendo?**

Bien. Ellos lo toman muy bien. Son amables, son muy amables.

**Al momento de hacerles como esa consultado ¿Qué lenguaje usa con ellos?**

Tierno.

**Cuando algún papá le pide alguna explicación ¿usted cómo hace para explicarles a ellos?**

No, no se me ha presentado nunca ese caso, no.

**De lo que has podido observar de la Fundación ¿Cómo describes los talleres que hacen?**

Excelente, excelente porque como le dije ellos acá se están cohibiendo de la infancia, entonces ellos le traen un ratito, un poquito de felicidad, de alegría, de hacer que ellos se olviden de todo lo que están viviendo acá encerrados.

**¿Qué cualidades destaca de los voluntarios?**

La responsabilidad que tienen para hacerlos sonreír. Eso no es fácil y menos a ellos. Que dispongan de tiempo para estar acá con ellos, cualquier persona no lo hace.

**De los elementos que ellos utilizan ¿Qué le llama la atención?**

Los disfraces. Porque, ósea si uno se admira viéndolos, ahora imagínese ellos que son tan pequeños... Yo me admiro viéndolos disfrazados, viéndolos... como le dije no cualquier se disfraza, no cualquiera dispones de tiempo, nada. Entonces me parece que los disfraces.

**¿Cómo describe el trato que ellos le dan a los niños?**

Excelente.



### ¿Qué destaca de era relación que ellos forman?

La alegría que les transmiten.

### ANEXO 9

Entrevista Integrantes Fundación Corazón en Parches					
Género	M			F	
Rango de edades	15-25	25-35	35-45	45-55	Más de 55
Estrato Social	0	1	2	3	4 – Otro: __
Nivel Educativo	Primaria	Secundaria	Universidad	Técnica	Universitaria
Tiempo que lleva participando en los talleres	3 años en talleres 1 año en terapia de la risa				

### ¿Hace cuánto está en la fundación?

Hace tres años me vinculé a la fundación, pero haciendo terapia de la risa en el pabellón, hace uno.

### ¿Cómo califica esta experiencia?

No pues, yo la califico excelente. Es decir, ya se ha vuelto parte de la vida de cada voluntario. Es una experiencia que todos los sábados lo ayuda a uno a redescubrirse, pues el clown que manejamos nosotros, parte de uno mismo, parte de dejar ser, de explotar esas cosas que a veces por miedo o pena no se muestran. El hecho de ponerse la nariz, para nosotros es algo muy romántico, de ser libre. Entonces en ese sentido, todo el tiempo uno va descubriendo cosas que en otro contexto no se dan.

### **¿Cómo describe la relación entre ustedes y los niños?**

En la relación hay de todo. En general hay una relación cercana, sin embargo, no siempre se logra conectar con el paciente. El hecho hacer la terapia no es una garantía, no siempre se da. Hay veces que se da, hay veces que no, y en esto último influye la personalidad de cada uno y de los niños, entonces uno simpatiza con alguien pero con otros no. No siempre se da una conexión. Uno no simpatiza con todo el mundo, ni con una nariz puesta.

Lo importante de la terapia es que la relación que se cree debe ser natural. No debe ser forzada, entonces de cierta forma uno como clown hace lo posible por conectar, al máximo. Hay veces que no se puede. Digamos, yo me doy cuenta con la mirada cuando sé que hubo conexión con un niño. Una explicación racional y lógica es verle la sonrisa al niño, ver que te está mirando, ver que te está hablando, proponiendo, has esto, has lo otro. También hay otras veces que el niño no contesta, sino que siempre te mira. Pero uno sabe y siente cuando se crea conexión con las personas.

### **¿Qué tipo de lenguaje utiliza en cada taller?**

Depende del paciente, por lo menos si son niños, uno regula el vocabulario, de manera que entiendan y tener cuidado con los comentarios que hacen. Hay algo vital para entenderse con el niño y es entender su lógica, de cómo ve el niño algo divertido, que no siempre es algo que para uno es divertido. Con los niños hay más inocencia que con los adultos, a quienes también les hacemos terapia.

Los gestos siempre son importantes, pero más que los gestos, es la mirada. Hay veces que gesticular demasiado está de más. Lo más importante, pienso yo, está en interiorizar la emoción y aprender a transmitir eso con la mirada, si tienes miedo, lo puedes expresar si mover la boca, sin mover el cuerpo, pero hay que aprender a tener una mirada fuerte, porque eso es más sincero que estar haciendo grandes cosas. Hay momentos en los que se presta para moverse mucho, y hay momentos en los que lo mejor es sentarse y escuchar. Estas

variaciones todo el tiempo nos pasa, creo yo que es de acuerdo al ambiente de cada habitación.

### **¿Los niños comprenden las actividades?**

Sí, como te decía, como nosotros nos ponemos en papel de niños, encajamos muy rápido con ellos. La mayoría de las veces los niños son quienes proponen las actividades y van dirigiendo la terapia, sin saberlo.

### **¿Qué herramientas emplea en cada taller?**

Uso instrumentos musicales y juguetes. También empleo humor.

### **¿Cómo describe la actitud corporal del niño y los familiares en las consultas?**

La actitud corporal de los niños generalmente cambia. Hay veces que no se conectan, como te contaba antes. La actitud de los padres también cambia. A mi particularmente se me da más fácil empezar la terapia desde la persona mayor y acompañante, y ahí ganarme la confianza del niño, por qué?, por el tipo de humor que manejo, por la complicidad que uno puede crear con la mamá o el papá y se torna más fácil entrar en contacto con los niños.

### **¿Qué percepción, cree usted, que tienen los niños, personal de salud y familiares frente a estos talleres?**

Lo que yo he escuchado, es que generalmente les ha gustado. Hay ocasiones en las que, siempre la población vulnerable tiende a ser muy interesada, o se está acostumbrada a que le tengan que comprar, entonces ve que llega alguien a compartir con la persona, y está acostumbrada a que le tengan que llevar un regalo. No faltan los que dicen: “qué me trajo” o “me lo regala”, y muchas veces pasa eso. Hay gente que no es muy receptiva a la terapia, hay veces que pasa también así.

Yo diría que un 95% de las personas que reciben la terapia les gusta y se sienten cómodos.

**¿Qué tipo de comentarios ha escuchado por parte de los niños hacia los talleres?**

Por lo general la gente tiene el estereotipo de que el payaso llega es a hacer bulla. Y sí, nosotros hacemos bulla, pero no es lo único. Eso depende del ambiente. La verdad no he escuchado malos comentarios de los niños, al contrario, les gusta mucho, nos dicen que no nos vayamos, nos preguntan si regresaremos, y así.

**¿Cómo describe la participación de los niños durante los talleres?**

La idea es que el niño haga la terapia. La idea con la terapia es empoderar al niño, es decir, uno llega con su atuendo, con su forma de hacer las cosas, y la idea es que el niño tome el control, de cierta forma, de que proponga los juegos, si le dice a uno “haga como sapo” entonces uno hace como sapo, por ejemplo.

**¿Son ellos receptivos y participativos frente a las actividades que se proponen?**

Sí, ellos son los que proponen, la mayoría del tiempo.

**¿Qué lenguaje prevalece más en estas actividades: el verbal o el gestual?**

Depende del paciente. Digamos, con los bebés, es totalmente visual o auditivo, con la música. También depende de la personalidad de la persona. Si el niño es muy callado, uno trata de hacer contacto con la mirada.

**¿De qué manera beneficia al niño este tipo de actividades?**

Bueno, nosotros vinimos a ayudar, a que su recuperación sea más efectiva. No somos la cura, no venimos a curar un cáncer con lo que hacemos, pero con la predisposición mental que dejamos en los pacientes, si hacemos que reaccionen mejor a los medicamentos, que sea más fácil atravesar la situación en que están pasando.

**¿Qué pasa cuando llega personal de salud al momento de la terapia?**

Bueno, depende, hay veces que tienen la disposición, hay veces que no. Yo diría que generalmente no porque está muy ocupados, y entran a hacer lo suyo. Hay también personas muy toscas y hay personas que son un poco más receptivas, pero igual mantienen la distancia, y hay algunos casos raros en donde se integran muchísimo. A veces hay cierta distancia y uno también trata de respetar eso para no indisponer a la otra persona tampoco, no es la idea.

## ANEXO 10

Entrevista Integrantes Fundación Corazón en Parches					
Género	M			F	
Rango de edades	15-25	25-35	35-45	45-55	Más de 55
Estrato Social	0	1	2	3	4 – Otro: __
Nivel Educativo	Primaria	Secundaria	Universidad	Técnica	Universitaria
Tiempo que lleva participando en los talleres	Hace más de un año				

**Nombre completo:** Juan Manuel Espinosa Jiménez

**Nivel educativo:** Bachiller, Estudiante Ingeniería Civil

**¿Cómo ha sido la experiencia de estar en la fundación?**

Creo que es una de las mejores que he tenido en mi vida. Poder aprender no solamente estar con los niños sino encontrarme a mí y trabajar en la construcción de una revolución de amor junto con un grupo de personas que tienen un mismo interés

### **¿Cómo es la relación que tiene con los niños?**

Eso depende de los niños, inicialmente hay niños que pueden tener barreras. Que de pronto uno se les va a acercar y se sienten impresionados y buscan refugiarse. Pero en el trabajo de los talleres es donde uno ve que hay forma de llegar a ellos y de derribar esas barreras, entonces la relación con los niños termina siendo muy amena y ellos responden al trabajo.

### **En cuanto a la parte de la comunicación, ¿qué tipos de lenguaje crees que se utilizan más en el momento de la terapia?**

Se utilizan muchísimo los gestos. Muchas veces en oncología y en infectología utilizamos tapabocas y muchas veces no es tan necesario tener la expresión de la boca porque se tiene la expresión de los ojos. No se puede ver la sonrisa, pero ellos alcanzan a notar que la sonrisa está en los ojos. Y es importante tener la gesticulación en todo el rostro para no centrarse solamente en la boca.

### **¿Los niños participan en las actividades?**

Si, generalmente se busca involucrar al niño y hacer cosas acorde con la edad del niño. Si es un niño pequeño pues buscamos canciones de niños pequeños, o cosas con las cuales podamos interactuar, que la terapia no la haga solo el clown sino que el niño también participe. Y cuando los papas están presentes también se busca la participación de ellos, porque ellos también tienen niveles de estrés elevados.

### **¿Cómo ha visto que es la relación de los médicos con los niños?**

Es buena. A veces llegan enfermeras, hacen lo que tienen que hacer y se van; pero hay veces que llegan las enfermeras, hablan con la mamá y hablan con el niño y a la vez interactúan con nosotros. En algunas ocasiones interactuamos con las enfermeras. Las enfermeras generalmente lo toman bien y nos siguen la corriente.

### ¿Cómo cree que los niños adoptan la terapia de la risa?

Les gusta. A veces evitamos entrar cuando el niño está en un tratamiento en el que queda débil y debe descansar o cuando están almorzando. Pero no hemos sentido nunca un rechazo ante un niño porque precisamente trabajamos en eliminar barreras. A ellos les llama mucho la atención. Ellos nos esperan cada sábado y a la familia también le gusta la terapia como tal.

### ANEXO 11

Entrevista Integrantes Fundación Corazón en Parches					
Género	M		F		
Rango de edades	15-25	25-35	35-45	45-55	Más de 55
Estrato Social	0	1	2	3	4 – Otro: 6
Nivel Educativo	Primaria	Secundaria	Universidad	Técnica	Universitaria
Tiempo que lleva participando en los talleres	Cuatro años				

### ¿Cómo ha sido la experiencia en estos cuatro años siendo voluntario con la fundación?

Yo empecé como voluntario pasivo durante tres años. El último año es donde he estado realmente de activo, es decir, que participo de pleno en todas las actividades. Antes hacía parte de momentos importantes, ayudaba a organizar eventos, tener a cargo alianzas estratégicas para la fundación.

### ¿Cómo calificas la relación que se forma a partir de ustedes con los niños e incluso con los papás, con los que ustedes suelen ser muy cercanos?

Mi clown se concentra más en los papás que en los mismos pacientes. Los clowns tienen distintas habilidades y funcionalidades. Hay unos que tienen una facilidad con los niños y otros tenemos una facilidad impresionante con los adultos. Eso es más que todo por el lenguaje y porque cada uno tiene elementos que lo mueven distinto. A mí me mueve mucho más lo que le pasa al papá que al niño. Al niño lo entiendo, pero el niño ya está siendo atendido por otro compañero mío, mientras que el papá siempre está contemplativo, viendo a la distancia. El papá pasa por muchos tiempos de duelo, papá y mamá, el abuelo, la abuela, tía, el hermano que vienen a acompañar... son personas que están pasando por un momento difícil, es el mismo tedio de estar ahí o el mismo dolor y no poderlo mostrar al niño o al paciente. Es por eso, que yo me concentro más en ellos, sin embargo, todos son importantes y hay casos en los que fluctúa. Hay circunstancias en que yo no la pego con el adulto, sino, que me voy de una vez con el niño y eso se mueve más en la parte emocional, como dirían acá, el feeling.

**¿En estas actividades cuál es el lenguaje que más utilizas? ¿Corporal, oral?**

De mi clown la fortaleza está en el movimiento del cuerpo. Es muy expresivo con el cuerpo, es tímido pero cuando rompe la timidez es muy extrovertido, se sale del cuerpo, tiene mucha fuerza ahí por una falencia en el lenguaje. Pero es tímido con ciertas personas, con los adultos se desborda en hablar. De por sí con mi personaje me gusta hablar mucho, que los pacientes recuerden y me cuenten de los lugares de donde vienen, las cosas que extrañan, que se re-vinculen con esa parte ya que hace parte de esa emoción y de ese duelo por el cual están acá. Bueno... me causa aburrimiento, por qué me causa aburrimiento porque no estoy en el lugar donde quiero estar; háblame del lugar donde quieres estar.

**¿Qué balance haces de la receptividad que tienen los niños frente a los talleres que ustedes realicen?**

Pues la verdad no sabría cómo medirlo. Sé que funciona, sé que marcha bien. Hace unos días escuché un relato de un médico que trabaja acá que no sabe que yo hago clown y empezó a contarme la historia de unos pacientes en Pediatría



que recibían payasos los sábados y los domingos y me contó cómo fue la experiencia de ese niño y me conmovió mucho que dijera que los payasos del sábado le gustaban más porque se preocupaban más por ellos, por los pacientes. Y que si el paciente lloraba al payaso no le daba miedo llorar con él. Entonces, en ese sentido puedo decir que vale la pena, lo estamos haciendo bien como grupo.

### **¿Qué tipo de herramientas utilizan en los talleres?**

Herramientas básicas del arte escénico que van desde la actuación, la expresión corporal, el uso de marionetas, títeres, peluches, malabares y arte circense; esas son las herramientas básicas. Ahora ya hablamos de extrapolar esas herramientas, hacerles combinaciones, insertos en función de las necesidades que tenemos con el paciente. También, no puedo pasar de largo, la herramienta psicológica que es fundamental y va desde ver al paciente y hacerle un escáner y decir: le pasa esto, le pasa lo otro, su mirada es igual a la del paciente de la semana pasada.

### **¿Cómo describes los gestos que hacen los niños y los papás durante el taller?**

Es encantador, porque parten desde niños que tienen ojos con deseos y una emoción impresionante de querer jugar contigo, pero un cuerpo bloqueado diciendo: lárguese que me duele el cuerpo, estoy enfermo. Igual hay unos papás que manejan un tanto de fastidio porque usualmente la imagen del payaso no es muy amena ni muy tranquila, suele ser una persona molesta, que altera el curso y el espacio. Esa es la primera lectura que hacen, entonces, muchos se previenen, otros eso es lo que buscan e inmediatamente, incluso salen de su cuarto, se le montan a uno e empiezan a molestarlo porque quieren que uno sea así. En el caso mío se estrellan ese tipo de personas porque esos pacientes no van con la personalidad de mi clown. Mi clown es mucho más espacio, del tiempo, se ocupa mucho de 'cálmate, espérate, qué quieres, hablemos'. Entonces, por esa parta va la cosa...

### **¿Qué percepción crees que tiene el cuerpo médico de ustedes?**

Eso es algo fuerte y duro, puesto que no es positivo... parte de comentarios institucionales, es decir, se transmite desde el mismo apoyo institucional. El ingreso acá se ha hecho cada vez más amigable con las personas de seguridad y de enfermería que en el último año ha sido como nuestro fuerte de trabajo, también. Porque antes era uno entrar y no se conocía los nombres de los porteros, de las enfermeras... y hoy en día entramos e incluso es a hacerle terapias a ellas. Lo curioso que pasó hoy fue que una enfermera me dijo: bueno, usted no viene a hacerme terapia a mí, vaya y hágale la terapia a ellos. Y yo: no, a mí también me importa que usted sea feliz, si usted es feliz le transmite felicidad a los demás... y dijo: bueno, eso es cierto, siga. Pasa eso, antes no sucedía y era más distanciado. Gozamos del apoyo de ellos, pero nos falta el apoyo institucional y eso es lo que transmite el soporte y la veracidad de este discurso de parte de lo que es el cuerpo médico oficial. Habrá uno que otro médico que la ve y que le gusta e incluso que lo ha hecho con otras instituciones a parte de la nuestra.

### **¿Cómo crees que beneficia la terapia de la risa a los niños, al ambiente y la relación que se genera entre los actores?**

Mejora el proceso de duelo. Lo que es mi discurso personal es ir en contra del discurso de: te vas a mejorar, te va a ir bien. Yo no soy de ese discurso. Yo soy de el: vale, estás enfermo, es duro, es difícil, vamos a hacer lo mejor que podamos y pasar lo mejor o más ameno que se pueda esta enfermedad. Sí, estás enfermo, qué dolor, qué tristeza... pero vamos a hacer, vamos a sentirnos bien. Lo que te digo, tratar el duelo... si el duelo es llevado a tristeza, se siente, siente la tristeza, no te desconectes con la tristeza y si ya lo aceptaste aceptémoslo, aprendamos de nuestra enfermedad... que muchas veces me siento en un diálogo con los pacientes y los niños en general y bueno... qué tienes, de qué se trata, qué te han hecho, te han hecho lo otro... no aún no... bueno te va a hacer, duele un poquito, porque es mentira que no te afecte. Entonces, entender y procesar esa circunstancia. No es engañarlos, ni ser crudos con ellos con la realidad... es tratarlos como son: seres humanos. Y uno como ser humano quiere entender y

saber qué es lo que pasa... una vez uno entiende y sabe lo que pasa es mucho más fácil enfrentar lo que está pasando. La terapia de la risa permite eso.

Ahora, hay un vehículo para poder hacer ese proceso de aceptación... que es la risa. La fuente de la risa según los grandes dramaturgos es ser honestos, puramente honestos con nuestro duelo, con nuestras alegrías, con nuestras intimidades... y cuando logramos obtener una risa autentica de ellos, sale por eso mismo... de la ingenuidad de las preguntas... Ah, es que usted no camina. Oiga no, todos me preguntan eso, es que soy inválido. Y uno: perdón y se comienzan a reír. Y ellos, tranquilo, tranquilo. Viene de esa misma circunstancia. Tantas enfermedades que son penosas socialmente, que causan tanto pudor dentro de nosotros... romper esas barreras de pudor permite que se lleve una enfermedad muchísimo mejor.

## ANEXO 12

Entrevista Integrantes Fundación Corazón en Parches					
Género	M			F	
Rango de edades	15-25	25-35	35-45	45-55	Más de 55
Estrato Social	0	1	2	3	4 – Otro: __
Nivel Educativo	Primaria	Secundaria	Universidad	Técnica	Universitaria
Tiempo que lleva participando en los talleres	Cumple 1 año en octubre				

### **¿Cómo califica la experiencia de hacer terapia de la risa y estar en la Fundación Corazón en parches?**

Pues diría que es una experiencia que no tiene precio. Osea para mi hacer terapia de la risa en la fundación ha sido una oportunidad de cambiar como persona, ha sido una oportunidad de crecer mucho, y ha sido sobre todo una oportunidad de poder ayudar y compartir por medio de algo que se vuelve casi un juego, sí? Que es el hacer clown.

### **¿Cómo describe la relación que se establece entre ustedes al momento de hacer la terapia de la risa con los niños?**

Es algo mágico, la verdad es algo... uno no espera que de pronto es personaje que uno crea como clown, vaya a llegar a tener esa relación cómo tan estrecha con los niños. Digamos que los niños llegan a un punto en que se sienten tan identificados porque los clowns de algún modo también son niños, que se vuelve un juego y se vuelve un juego mágico, se vuelve algo espectacular, algo muy bonito.

### **¿Le ha pasado alguna vez que algún niño se sienta tan identificado con su personaje, que tal vez en una segunda visita lo reconozca o lo llame?**

Si, pues de hecho, eso es algo...es de las cosas más bonitas. A mi me ha sucedido porque llegan a un punto en que se identifican tanto con tu personaje, les gusta tanto la personalidad de tu personaje que ya te piden. Llega uno a hacer terapia en los cuartos y la mamá te dice "ahí ¿no puedes entrar tu mejor?" o "¿será que es posible que te quedes un rato más?" porque ya los niños logran como hacer una conexión con el personaje y es muy fuerte y es muy bonito, se convierte como casi en amistad. Entonces es muy gratificante.

### **¿Cómo es el lenguaje que utilizan en la terapia de la risa?**

Pues digamos que el clown debe ser muy muy habilidoso. Debe poder comunicarse con los pacientes de la manera que ellos necesiten, lo mejor posible.

Digamos que por eso también es un poco importante la parte de la formación, digamos que durante esos tres módulos que nosotros hacemos, lo que hacemos es buscar esas herramientas para poder comunicarnos de la manera que sea necesaria. Digamos que si encontramos un chico que no puede de pronto ver pues buscamos por medio de los sentido, de burbujas, de sensaciones, de texturas; poder comunicarnos con él. Digamos si el chico no puede escuchar, pues también buscamos de la misma manera usar herramientas como la pantomima para poder lograr esa conexión con la persona, con el paciente. Entonces de algún modo todos los tipos de lenguaje, usamos todo lo que podamos para poder comunicarnos.

### **¿Cómo cree que los niños perciben la terapia de la risa?**

A mi me parece que ellos pues por un lado la satisfacción o la manera como nosotros sabemos que ellos están en realidad recibiendo nuestra terapia o les gusta es por medio de la sonrisa. La sonrisa del niños es algo espectacular, y por otro lado pues somos como conscientes ya un poco de ese agrado que tiene los niños ya por la terapia porque en el hospital nos dicen, los papas nos dicen, todos no dicen como “no, ellos son locos toda la semana esperando a que sea sábado para poder verlos ver aunque sea 10 o 15 minutos” que es lo que podemos tardar en cada cuarto, entonces eso como que llena de ánimo y es esa prueba nos dice que en realidad les agrada lo que estamos haciendo por ellos.

### **¿Qué herramientas emplean en la terapia de la risa?**

Pues como te decía, el clown debe valerse de muchas cosas para poder comunicarse con el paciente y poder llevar a cabo la terapia. Entonces digamos que desde el diseño de los trajes porque hay muchos trajes de los clowns que incluso los niños pueden jugar con ellos, pueden interactuar; hasta marionetas, malabares, instrumentos musicales...hay muchos niños que se identifican con cada tipo de cosas. Por lo menos en mi caso personal, mi clown tiene un cuento entonces a veces leerles cuando los pacientes de pronto no pueden moverse o no pueden hacer mucho esfuerzo físico, también es una gran herramienta. Entonces

digamos que va desde las cosas más pequeñas hasta digamos una instrumento musical, una guitarra que es como de lo más grande que uno puede llevar a una terapia.

### **¿Cómo describe la actitud corporal de los niños y los familiares durante la consulta?**

Sí. Para el niños sobre todo es muy incómodo o es algo de tener miedo un poco cuando llega el doctor porque digamos ellos tienen una serie de traumas, de que de pronto los vayan a dejar solos, o les vayan a hacer un proceso que les vaya a causar dolor, entonces apenas llega el médico o la enfermera cambia el ambiente o el ánimo del niño se torna un poco tenso. Cuando nosotros estamos ahí y llega el personal médico, tratamos es de romper ese hielo, de romper ese miedo y empezar un juego, entonces lo primero que nosotros hacemos es como preguntarle al doctor o a la enfermera “doctor, cierto que lo que usted viene a hacer es para que el este bien? – vamos es a jugar – vamos es a hacer una dramatización”, ósea buscamos ideas para tratar de que le niño, en ese momento sobre todo, pierda el miedo y se sienta un poco más cómodo. Incluso eso va a ayudar a que el procedimiento no sea como tan doloroso para el y para los papas sobre todo porque los papas se tornan tensos también es al ver que su hijo está ahí, tiene miedo, que le va de pronto a doler; los papas sienten ese miedos, y al ver que sus hijos están un poco relajados, ellos también cambian totalmente el ánimo.

### **¿Qué percepción cree que tiene el personal de salud y los familiares de los pacientes de la terapia de la risa?**

Pues, lo que son los familiares diría que son de las personas mas agradecidas por lo que nosotros hacemos. Cada vez que tienen la oportunidad y que de pronto nosotros hacemos alguna pregunta o nos acercamos a ellos, lo primero que nos dicen es eso, nos dicen, nos dan las gracias por la labor que estamos llevando a cabo y nos bendicen, nos dicen que lo que nosotros hacemos es algo que muy pocas persona o que deben ser personas de gran corazón de pronto las que lo

hacen. Y por otro lado el personal médico pues ha sido un trabajo bastante difícil no? porque de todos modos el personal médico a veces tiende un poco a molestarse por el hecho de que de pronto piensen es que lo que uno está haciendo es tomárselo como un juego o algo así, o que de pronto este interfiriendo en el proceso médico digamos a la hora en que uno interactúa con ellos mientras están llevando a cabo algún proceso. Como lo que hablábamos antes, de pronto llegar a visitar al niño, a aplicarle alguna inyección, a cambiarle algún catéter; algo por el estilo, pero ya ha llegado el punto en que ellos han creado esa conciencia y esa humanización, que es sobre todo lo que tratamos de buscar, una humanización en el personal médico, que simplemente no sea como “es mi trabajo, yo llego y hago mis cosas, aplico inyecciones y salgo”, sino que es saber que estás tratando con niños y que como tal ellos necesitan un trato especial. Igual con los adultos, ósea no debe ser solo un proceso laboral sino es entender a la personal porque está en estado vulnerable. Entonces ya hoy en día ha llegado el punto en que el personal médico también entiende un poco nuestra labor, incluso también la agradece. Han creado esa conciencia de que de pronto dice vale, si a nosotros de pronto se nos ha pasado alguna vez ese pedacito de tratar de alentar al paciente, ustedes lo están haciendo y lo hace muy bien, entonces nos ha pasado también que muchas enfermeras y doctoras nos apoyan mucho.

### **¿Qué tipo de comentarios ha escuchado por parte de los niños hacia ustedes o hacia la terapia de la risa?**

Pues a los niños les gusta mucho. Digamos que, lo que hablamos antes, hay niños que...la mayoría llega uno a terapia y están súper felices y cuando uno se va llegan y se ponen algo tristes, pero cuando uno habla con los papas le dicen “no ellos...esos diez minuticos son espectaculares”. Ósea digamos hay casos en que llegan y te dicen “el estuvo toda la semana triste, tuvo un procedimiento muy duro y hoy que ustedes llegaron, apenas llegaron el sonrió!, entonces es algo muy bonito. A los niños les gusta mucho. Incluso hay niños que de pronto no tienen tanta afinidad por los payasos y suele suceder que uno cambia un poco la idea que ellos tienen del payaso, porque nosotros no llegamos directamente a tratar de

hacerlo reír, o tratar de no sé, de invitarlos a un juego o con algún tipo de cosa, o como a tratar de entrar así como a la fuerza al espacio que ellos tiene sino como a buscar una manera de conectar con él y que él se sienta bien, que pase un rato bueno. Entonces a los niños les gusta mucho, les gusta mucho, les gusta mucho jugar. En mi caso que te digo, simplemente hablar o dibujar o, porque hay pacientes en los que no logras conectarte digamos hablando o simplemente por medio de un juego sino que simplemente con mirarlo con hacerle una seña le niños inicia el juego, entonces los comentarios de los niños han sido muy buenos, han sido muy gratificantes y por ellos es que hacemos la labor que hacemos y lo bonito es eso, que a ellos les gusta y que lo agradecen.

### **¿Cuál lenguaje cree que prevalece en la terapia de la risa, el verbal o el gestual?**

Yo creo que son más los gestos. Digamos que cuando tu logras transmitir una emoción por medio de tu corporalidad de tu expresión, el niño se conecta mucho más rápido. Digamos que los clowns actúan un poco como niños como te decía antes, entonces el verle a un adulto o a un joven ya de una edad de 20 años como un niños, expresándose como un niño, caminando como un niño; les resulta muy gracioso. Entonces hay veces en que incluso no se necesita las palabras como para conectar con los niños, con los paciente porque digamos tu entras caminando chistoso y es casi automático que algún niño se ríe o algún niños le está diciendo a la mamá “¿mamá porque camina así?” o ese tipo de cosas, como “tan grande y por qué se comporta como se comporta – por qué hace eso”. Entonces yo creo que es más el lenguaje...la expresión que las palabras lo que logra conectar más rápido.

### **¿De qué manera cree que beneficia la terapia de la risa a los niños?**

Yo creo que es algo que beneficia de manera sorprendente ósea el grado en que puede ayudar a un niño. La labor que hace, que inició Patch Adams, ojalá la tuvieran todos los hospitales y todos los centros médicos porque ese compartir, ese hacer reír, ese dejar expresar a un paciente que está en ese estado de



vulnerabilidad es muy grato, y ellos muchas veces estando en su estado vulnerable necesitan que alguien los escuchen, de alguien que les robe una sonrisa porque incluso está comprobado científicamente que eso ayuda en la recuperación y el proceso médico. Entonces digamos que para mí, es algo que ayuda de manera muy grande a la recuperación de un paciente. Es algo asombroso y lo que es totalmente gratificante, como te decía, es que haciendo algo que incluso se convierte en un estilo de vida. Cuando uno puede ayudar a una persona es genial.

### **ANEXO 13**

Entrevista a José Tovar. Fundador de Corazón en Parches

#### **¿A qué se dedica la Fundación Corazón en Parches y cuál es su objetivo?**

Bueno, primero que todo la Fundación es una gran familia de voluntarios, los cuales se encargan de realizar actividades con el fin de generar un vínculo con los pacientes hospitalizados. Nosotros realizamos diferentes actividades como fundación, entre esas la terapia de la risa, que es como nuestra actividad más reconocida. La terapia es ir a los hospitales, en este momento estamos trabajando con el HUS, y bueno, estar un rato con los pacientes mediante la figura del Clown terapéutico como herramienta para generar una mejoría en los pacientes, su estado de ánimo y el ambiente en general. También trabajamos con las familias para liberar el estrés que una hospitalización genera como tal. También tenemos parches de manualidades, de cuentos, de cine... muchos voluntarios que se dedican a mejorar la vida de los niños. Y obviamente eso se traduce en una mejor calidad de vida para la comunidad en general, que al final eso es lo que pretendemos una sociedad más unida y solidaria.

#### **Hablemos un poco sobre la terapia de la risa. ¿Cómo es el proceso que realizan los voluntarios en el hospital?**

La figura del clown parte de la teoría de Patch Adams, un médico estadounidense que se basa en que la risa puede mejorar el estado de salud de los pacientes. Él

es la inspiración para la fundación como tal. Los voluntarios que son Clown pasan por un entrenamiento de 3 meses en donde se les enseña expresión corporal, desarrollo artístico, elementos de bioseguridad, conocimientos en malabares y el trato con los pacientes. Ya la terapia como tal, los voluntarios van al hospital los sábados y realizan un calentamiento antes de ingresar. Normalmente van 5 o 6 clown pero no hay límite para eso, mínimo unos 4 clown. Hacen un entrenamiento para entrar en un estado clown en donde se personifica al clown de cada uno. Luego se hace un lavado de manos y se ponen tapabocas para evitar contagiar a los pacientes, porque la mayoría de ellos tienen las defensas muy bajas y no queremos empeorar la situación. Entonces empezamos la terapia con los niños de infectología que son los que más delicados están y luego seguimos con todo el pabellón. Y al final algunas veces vamos a urgencias y a quemados. Los Clowns entran a cada habitación en grupos pequeños, máximo 3 personas. Ahí realizan una actividad de improvisación que dependiendo del clown puede ser magia, música, o un sketch como tal. Cualquier cosa vale, lo importante es generar un vínculo con los pacientes y la familia para hacerlos olvidar un poco de la situación en la que están. Eso dura más o menos 10 minutos por cada habitación y luego pasan a la siguiente.

### **¿Qué competencias comunicativas debe tener un clown terapéutico?**

Primero que todo debe querer hacerlo, es decir, tener la constancia y la disciplina que requiere. Mucha gente cree que esto es disfrazarse y ya. Pero exige entrega, disciplina, entrenamiento y mucho corazón. Debe ser una persona que sea capaz de enfrentarse a pacientes en estados delicados, cosa que no es fácil para la mayoría porque es impactante a veces. En cuanto a la parte de comunicación que hablas, debe ser una persona que tenga la capacidad de expresarse libremente y de tener una buena relación con quienes lo rodean. Comunicarse adecuadamente es muy importante para un clown porque con sus gestos y sus acciones puede generar sentimientos o emociones o por el contrario generar burla o rechazo. Si dice una mala palabra o algo, puede llegar a afectar a los pacientes o a las familias. O también por ejemplo si tienen gestos negativos como llorar o entrar con

lástima, eso se lo van a transmitir en la Terapia al paciente. Entonces es muy importante que sepan comunicarse con los demás y tener en cuenta esos detalles.

**Ahora vamos a hablar un poco de los imaginarios que se tienen en el hospital. ¿Cómo cree usted que el personal de salud ve la terapia de la risa?**

Bueno, pues nosotros nunca hemos tenido ningún problema con el personal de salud como tal. Ellos son muy amables con nosotros y les gusta mucho la labor que hacemos. Algunas veces nos piden por ejemplo que no nos alargemos tanto porque es hora de la comida o cosas así. Pero pues en general la relación con ellos es buena. Cuando un clown entra a una habitación y hay una enfermera, se trata de involucrar en la terapia, pero como el foco de atención es el paciente, algunas veces solo se involucra rápidamente y ya. Ellas tampoco se involucran mucho con nosotros o con los pacientes en la terapia, a veces les da pena o solo entran a lo que tienen que hacer y vuelven a salir. Yo creo que los médicos lo ven como algo positivo porque el lado humano de ellos también sabe que la terapia ayuda a que los niños estén felices. Y la labor de un médico o de una enfermera es esa, curar a las personas y procurar por su bienestar, entonces la labor de nosotros va muy amarrada a la labor de ellos, es decir tienen un fin igual, solo que el lado de nosotros es un poquito más humano y social porque a nosotros no nos pagan por ejemplo, es una labor de corazón.

**¿Han escuchado rumores o comentarios por parte del personal de salud con referencia a ustedes o a los pacientes? ¿Cómo se refieren a ustedes?**

Pues comentarios malos o cosas así no, ellos son muy respetuosos con nuestro trabajo y por supuesto nosotros lo somos con el de ellos. Las enfermeras nos conocen y saben que somos una fundación porque nos ven todos los fines de semana allá. Entonces no. Hemos escuchado comentarios pero referentes a otras fundaciones que van y no cumplen con las condiciones de salubridad, no se lavan las manos por ejemplo o entran 10 personas a las habitaciones. Eso si molesta mucho a las enfermeras, pero eso no pasa con nosotros. A nosotros pues nos dicen payasos o payasitos, realmente son muy amables con todos.

### **¿Qué pasa cuando el personal médico ingresa a la habitación en el momento de la terapia?**

Como te dije, ellos son muy independientes en cuanto a su trabajo. Normalmente entran y hacen lo que tienen que hacer y ya. Para nosotros no son un impedimento para realizar la terapia como tal. Algunos niños se tensionan o se ponen nerviosos porque piensan que les van a hacer algo que les va a doler, pero ahí es donde entra el Clown a aliviar ese miedo de los niños.

### **¿Qué aceptación tiene al terapia de la risa en los niños y padres?**

Creo que si la recepción de la terapia no fuera tan buena no seguiríamos haciendo esta labor. La gente es muy agradecida por todo lo que hacemos. Nos dan las gracias constantemente, pero lo más importante es ver la felicidad de los niños. Saber que nos esperan cada sábado con una emoción es algo indescriptible para un voluntario. Uno siente que tiene un compromiso más allá de una actividad, sino un compromiso con los niños que nos esperan. De mi parte nunca he tenido la experiencia negativa al respecto. Al contrario, he escuchado muchos comentarios positivos. A la gente le gusta, a los niños les fascina y por ejemplo a la institución como tal nos apoya mucho actualmente. Antes era un poco complicado porque decían “estos locos vienen aquí a mamar gallo”, pero poco a poco se dieron cuenta de lo que hacíamos.

### **¿Cómo cree que la terapia beneficia a los niños? ¿Cómo podría medirse este beneficio?**

El beneficio de la terapia de la risa está comprobado por varias teorías que hablan sobre las toxinas que se liberan en el momento de reír. Es una explicación bastante larga, pero para no extenderme, hay que decir que estas toxinas hacen que haya una mejor aceptación de los medicamentos y los tratamientos como tal. Cuando hay una mejor actitud, un mejor ambiente, se evidencia un cambio en todos los aspectos. No podemos decir que somos la cura para las enfermedades, pero si podemos mejorar en algo ese proceso tan doloroso, lo seguiremos

haciendo porque para nosotros más que medir el beneficio, nos importa el sentimiento que producimos en los niños.

#### ANEXO 14

Entrevista Padres o Familiares					
Género	M			F	
Rango de edades	15-25	25-35	35-45	45-55	Más de 55
Estrato Social	0	1	2	3	4 – Otro: __
Nivel Educativo	Primaria	Secundaria	Universidad	Técnica	Universitaria
Tiempo de instancia en el hospital	Hace un mes				

Entrevista Padres o Familiares					
Género	M			F	
Rango de edades	15-25	25-35	35-45	45-55	Más de 55
Estrato Social	0	1	2	3	4 – Otro: __
Nivel Educativo	Primaria	Secundaria	Universidad	Técnica	Universitaria
Tiempo de instancia en el hospital	Hace un mes				

Procedencia: La Paz, Santander

**¿Hace cuánto tiempo están en el hospital?**

Hace un mes

**¿Por qué Valery (hija) está hospitalizada acá?**

Porque tiene un tumor en el riñón

**Ustedes estuvieron presentes en la intervención de los Clowns, ¿Es la primera vez que la ven?**

¿De los payasitos?, ya los habíamos visto si, al igual ellos vienen varios días. No sé si sean los mismos pero si, todas las semanas vienen.

**¿Cómo creen que es esa actividad?**

Es bonita, es la primera vez que mi hija actúa como es. Ella no interactúa mucho con ellos. Pero hoy fue la primera vez que ella lo hizo. Porque ella estaba muy malita y tenía muchos aparatos por el tratamiento. Esta semana ya está bien, pero la semana pasada estaba delicadita y es normal que no comparta. Pero hoy ya está mejor, ya está libre de los aparatos y todo eso la incomodaba. Tenía la autoestima baja, en cambio ya está mejor y ya tiene alta el autoestima

**¿Cómo cree que la intervención de ellos ayuda en el estado anímico de ella?**

Claro, el ánimo, la relaja. A mi me parece muy bueno para ellos. Además los enseñan a colorear, le dan cositas y todo eso a ellos les ayuda mucho, porque de todas maneras acá el encierro es terrible, tanto para los niños como para la mamá. Entonces les traen actividades para que ellos no se aburran.

**¿Cómo creen que es el trato de los payasos a los niños?**

Bueno porque es muy amoroso, son muy tiernos con ellos, le hacen preguntas y le permiten intercambiar sus ideas porque ella por ejemplo hoy quería que le cantara "los pollitos" y ella se reía de ellos porque no sabían cantarla. Ella ha sido siempre una niña muy hiperactiva, en la casa me toca mantenerla ocupada, ella estudia en

preescolar y entonces cuando la trajeron para acá fue complicado. Ella ya tenía su rutina de madrugar, estudiar y jugar con los amigos; entonces para ella acá es muy distinto. Entonces eso que ellos hacen es muy bueno porque también le sirve a ella.

### **¿Ustedes notan la diferencia?**

Claro, si es muy bueno

### **¿Qué elementos de los que utilizan los voluntarios les gustan?**

Lo de colorear ha sido muy bueno para ella, lo de los cuentos que hemos visto también, cuando vienen con la guitarra y la música. A mi niña le gusta mucho la música.

### **En cuanto al ambiente que ustedes viven acá, ¿Cómo lo califica?**

Ha sido bueno, hasta el momento no tenemos quejas en cuanto a los médicos, las enfermeras. Hasta el momento todo ha sido bueno.

### **¿Cómo es la relación de los niños con los médicos?**

Muy buena, están muy pendientes de ellos, día y noche están acá. Esa parte me parece muy buena, siempre están muy pendientes. Hay enfermeras muy pendientes de los medicamentos, les toman la temperatura, les traen las cosas que necesitan. Aunque hay algunas que... Porque por ejemplo ahora nos están poniendo problema por tener una mica. Y yo peleo si me toca pelear porque yo no voy a sentar a mi hija en una mica cochina que hay acá. Pero yo tengo mi mica aquí para mi hija y la mantengo limpia entonces no veo ningún problema. Porque la enfermera jefe lo prohibió. De resto no. Las visitas a veces ponen problema.

### **¿Y en cuanto al trato?**

De eso si no tengo ninguna queja, todo muy bien.

**¿Ustedes pueden opinar en lo que ellos dicen? ¿El lenguaje que utilizan ellos es sencillo o es un lenguaje muy técnico?**

No, por ejemplo en la ronda que hacen a mi hija la ve el Doctor Rueda. El viene todos los días y cuando el viene la revisa con los otros médicos y luego de eso el viene y me explica personalmente lo que hablaron, lo que le van a hacer y los procedimientos que se le hicieron, como va la evolución, que exámenes le hicieron, así. Todo muy bien explicado. El todos los días me explica muy bien.

**¿Los médicos cada cuanto vienen?**

Todos los días en la mañana, a veces viene a las 9 o a las 10. Además está el pediatra que hace turno de día y en la noche hay otro médico. El viene a revisar la niña, los signos vitales, la temperatura, si le molesta algo. Están muy pendientes de la evolución, de si se presenta algo, siempre están ahí.

**¿En cuanto a las enfermeras tienen un contacto más cercano?**

Si, porque ellas están siempre. La relación con ellas es bien, son muy buenas gentes. Hasta el momento no he tenido quejas. Las que han estado aquí el mes que llevo han sido buenas. Los que pasa es que algunas que son más tiernas que otras, eso no quiere decir que las otras sean malas. En general si hay enfermeras muy buenas.

**¿Qué les gustaría mejorar en cuanto al ambiente que se vive o en cuanto a la relación de los médicos con los pacientes?**

La verdad en cuanto a los médicos nada porque yo he estado con ella todo el tiempo y me he dado cuenta que los médicos están siempre muy pendientes de ella. No se de pronto en otros niños que experiencias han vivido con ellos. Yo no tenego de que quejarme como en otros casos o en otros lados. Por ejemplo me han dicho que como la niña ya le habían diagnosticado cáncer, que la iban a trasladar al centro oncológico. Pero como uno aquí como papá averigua, yo pregunté y me dijeron que era terrible la atención y yo fui a la ARS a llevar los



papales para pasarla al doctor yo le decía que yo no quería que me la sacaran de acá (HUS) porque hasta el momento yo no tenía ninguna queja. Me la están atendiendo buenos médicos, muy buena atención. Haya me preguntaron por qué y yo le dije que según yo tengo entendido en el centro oncológico, el médico que hay allá, es una terrible. Pero aquí me la está viendo el Doctor Rueda que es uno de los mejores oncólogos que hay y yo quiero que él me la siga viendo. Hasta el momento estoy muy satisfecha con el trato aquí. Por parte de los médicos, de las enfermeras y todo.

## ANEXO 15

Entrevista Padres o Familiares					
Género	M			F	
Rango de edades	15-25	25-35	35-45	45-55	Más de 55
Estrato Social	0	1	2	3	4 – Otro: __
Nivel Educativo	Primaria	Secundaria	Universidad	Técnica	Universitaria
Tiempo de instancia en el hospital	Hace 15 días				

**Nombre completo:** Galdys Ester Claro Moreno

**Procedencia:** San Martín, César

### ¿Por qué están en Bucaramanga?

Porque la niña se enfermó y la trajimos acá porque acá es donde van a hacerle el tratamiento de la quimioterapia.

### **¿Hace cuanto están acá?**

Hace 15 días. A urgencias entramos el 3 (de agosto) y a aquí nos pasaron el viernes en la noche (pasado)

### **¿Por qué está hospitalizada?**

Porque ella tiene una masita en la cadera, un tumor

### **¿Cómo se ha sentido estando acá en el hospital?**

No pues aquí, gracias a Dios es un ambiente muy chévere porque acá lo hacen a uno sentir como si uno estuviera entre la familia de uno. Los doctores, los médicos, las enfermeras, las visitas como ustedes... para que... no nos quejamos de eso aquí, es excelente.

### **Y en cuanto a los payasos que vienen, a los voluntarios de la fundación,**

#### **¿Qué opinan ustedes de eso?**

Eso es buenísimo, es excelente. Porque a ella vinieron a visitarla el sábado y ya hoy ella se me estaba quejando mucho que le dolía. Y cuando pasaron ellos y la saludaron, como ya habían venido el sábado anterior, para ella fue como si le hubieran inyectado algo. Se le fue el dolor y ella mejora, mejor dicho, un 100 por ciento cuando ella los ve. Ellos le devuelven como la alegría.

### **¿Cómo cree que eso le ayuda a los niños en el proceso de recuperación?**

Pues yo creo que eso les ayuda mucho porque si uno tiene un buen ánimo, tiene una disposición para luchar por la enfermedad que uno tiene. Pero si uno está deprimido no. En cambio ellos cuando vienen los llenan de alegría, ellos se quedan con la ilusión de que ellos van a volver. Por lo menos ella (hija) me decía que ella no sabía que reggaeton les iba a cantar, porque el sábado pasado el (voluntario) le dijo que ensayara un reggaeton para cantarlo. Y hoy me decía: "mami, cuando venga "tin tin" yo no se qué reggaeton le voy a cantar".

**¿Qué otro tipo de elementos le llama la atención a la niña? ¿La música?**

Si, la música. Ellos les bailan, les cantan, juegan con ella.

**¿Y a ti te gusta Maryori? ¿Te gusta cuando vienen? ¿Qué te gusta?**

Me encanta. Pues yo quisiera que volviera otra vez la Doctora Motita. Hace 8 días se tomaron fotos con ella.

**¿Cuántos años tienes Maryori?**

12.

**¿Qué es lo que más te gusta cuando ellos vienen?**

La forma de ser de ellos es muy auténtica y son muy chéveres. Me gustaría que vinieran más seguido.

En cuanto al ambiente general del Hospital, **¿Cómo sienten ustedes que es el trato de los médicos y las enfermeras con los niños?**

Es excelente porque ellos no lo tratan como un paciente sino lo tratan como si fueran de la familia. Le explican a uno cualquier duda. Están muy pendientes cualquier cosa que la niña sienta, por más mínima que sea... “ por favor usted no lo hace saber”. Ellos están muy pendientes, hacen su ronda los médicos y quedan las enfermeras. Cualquier cosa, ellas nos están llamando. Eso es excelente. A mí me ha parecido muy excelente.

**¿Usted cree que eso se debe de alguna manera a las personas que visitan el Hospital?**

Sí, yo creo que sí, eso van en coordinación para crear un ambiente donde los niños no se sientan alejados de su mundo, sino que ellos tratan de tenerlos ahí en ese mundo de infancia, donde ellos viven.

**¿Cómo es la comunicación entre los médicos y las enfermeras con los niños? ¿Cómo es el trato que ellos les dan como tal?**

Muy bueno porque ellos los tratan de “mi princesa”, “mi reina”, “mamita, en donde le duele”. Eso es excelente, ellos la tratan como si fueran los hijos de ellos.

**¿Cuál es la relación más cercana, la de los médicos o la de las enfermeras?**

Con las enfermeras, porque ellas están todo el tiempo. Los médicos dan rondas pero ellas es como si uno viviera aquí con ellas. El trato de ellas con uno es excelente. Tanto con uno como con los niños es excelente, yo no me quejo de eso.

**¿Cómo se refieren ustedes a ellos (personal de salud)?**

Ellos le dan la confianza a uno, como para que uno los trate así, por el nombre. Ellos le dicen a la niña “princesa”, “mamita”, “mi niña”, así. Ellos llegan y preguntan cómo amanecieron hoy y cómo pasaron la noche.

**Al momento de ellos venir y examinarlos, ¿qué tipo de lenguaje utilizan? ¿cómo le explican el estado de la niña actualmente? ¿Ustedes tienen la oportunidad de preguntar sobre sus inquietudes?**

Si señora, ellos le explican a uno y le dejan abierta la posibilidad de cualquier pregunta que a usted se le pase por la cabeza, dígala, a la hora que sea, ellos con todo gusto lo van a explicar. Cuando la vienen a revisar ellos le dicen a la niña que si le duele o le molesta algo, que les avise y ellos paran.

**¿Qué cosas le gustaría mejorar en cuanto al ambiente o en cuanto al trato?**

Yo aquí nada, porque la familia entra como si estuvieran en la casa. Yo así como de mejorar, yo hasta ahora veo que eso está bien así. Porque el trato que a nosotros nos han dado en el poquito tiempo que tenemos ha sido excelente. No nos quejamos. Nos dejan quedarnos con los niños y todo. Desde que llegamos yo me he quedado noche y día con ella.

**En cuanto a la terapia ¿qué les gustaría mejorar? ¿Alguna vez le ha molestado la terapia?**

No señora, para nada. Porque ellos tanto con ella (hija) como con uno es como si fueran unos niños. Y para uno es preocupante la situación del hijo de uno, pero ellos vienen y por el momento a uno se le olvida eso. Uno se despeja la mente y eso a mi me ha servido mucho. Cuando ellos están a mí se me olvida ese mundo, se me olvida que estamos pasando por este trance y le dan una esperanza a uno. Lo llenan a uno de más esperanza de la que uno tiene.

## ANEXO 16

Entrevista Padres o Familiares					
Género	M			F	
Rango de edades	15-25	25-35	35-45	45-55	Más de 55
Estrato Social	0	1	2	3	4 – Otro: __
Nivel Educativo	Primaria	Secundaria	Universidad	Técnica	Universitaria
Tiempo de estancia en el hospital	Desde Febrero				

**En el tiempo que llevan en el hospital, ¿Cómo ha sido la experiencia?**

Pues bien, por el momento no ha habido problemas así...

**¿Cómo describe los talleres que realiza la Fundación?**

Pues buena porque eso lo entretiene a ellos. Una vez a la semana que vienen o dos, ellos se sienten mejor. Para ellos es bueno...

**¿Qué cualidades destaca de los integrantes de la Fundación?**

Son creativos, sí...

**¿Considera que la terapia ayuda a que el niño se sienta mejor?**

Sí.

**¿Qué elementos de los que utilizan los integrantes de la Fundación destacarían?**

A ellos (a los niños) les gustan mucho esas cosas. Por ejemplo la niña que viene con bombitas con esas cositas, con instrumentos...

**¿Ha escuchado comentarios negativos de algunas enfermeras o algún médico sobre la terapia de la risa o sobre los payasos?**

¡No!

**Cuando va a hacerle alguna pregunta a una enfermera, ¿cómo la llama, cómo se refiere a ella?**

Yo la llamo "enfermera".

**¿Qué destaca del personal de salud? (Son amables o son más bien como serios. Les gusta hablar con ustedes o solo entran a examinar al paciente y ya).**

No, ellos llegan y preguntan "¿Cómo paso la noche?, ¿Cómo ha estado?, ¿Qué ha comido?".

**¿Si le pide alguna explicación de algo que le estén haciendo al niño, ellos se la dan hasta que la entiendan?**

Sí.

**¿Cambiaría o mejoraría algo de la relación de los médicos o las enfermeras con los niños, o cree que todo está bien?**

Pues si porque ellos son amables, saludan, buenos días... hola pacientes, hola pacienticos...como ella es seria, está todo el tiempo seria no conversan. Pero si, si...

## ANEXO 17

Entrevista Padres o Familiares					
Género	M			F	
Rango de edades	15-25	25-35	35-45	45-55	Más de 55
Estrato Social	0	1	2	3	4 – Otro: __
Nivel Educativo	Primaria	Secundaria	Universidad	Técnica	Universitaria
Tiempo de instancia en el hospital	Hace 20 días (Primera vez)				

### ¿Cuánto tiempo lleva hospitalizado el niño?

Desde el 8 de Agosto. 10 días, aproximadamente. Es la primera vez que venimos, nosotros somos de Barrancabermeja.

### ¿Qué balance hace de esas experiencias?

Desde que he estado acá me han tratado a la niña muy bien, en cuanto al cuidado y todo. Han consentido mucho a mi hija. Al principio, que entramos por Urgencias, si hubo una enfermera que me trató muy brusco a la niña, cuando le quitó el catéter me la hizo sangrar, e inmediatamente vino la enfermera jefe y le llamó la atención.

### ¿Cómo describe los talleres realizados por la Fundación Corazón en Parches?

Son muy buenos porque le ayudan mejorar el ánimo a los niños. Al principio ella estaba toda apagadita, cuando empezó la quimio, pero gracias a Dios ha estado más energética.

**¿Cómo describe el trato que ellos le dan a los niños durante la terapia?**

El trato es excelente, por lo que ellos mantienen muy alegres. Es cercano. Hasta a uno le sirve, porque a veces uno se deprime mucho, digamos en nuestro caso, es la primera vez que veníamos, entonces es difícil y ellos lo alegran a uno.

**¿Qué cualidades destaca de los talleristas?**

Me han parecido buenas personas con los niños, juegan mucho con ellos. Son tantas cosas que uno no sabe cómo describirlas, por ejemplo, con esta chiquitica, han sido excelentes.

**¿Considera usted que la terapia de la risa mejora el ambiente en el que se encuentra el niño?**

Sí, si lo mejora porque le cambia el ánimo a los niños y a nosotros, que la pasamos todo el día acá. Los payasos es para que ellos se diviertan un rato, que no estén todo el tiempo, para que se olviden de lo que tengan, así sea un dolorcito que tengan, ellos se olvidan con una sonrisa que los payasos le hagan.

**¿Qué elementos, de los que utilizan los voluntarios en las terapias, destaca?**

Ellos traen instrumentos, a veces traen bombas, ellos saben que a los niños les gusta mucho las bombas, y los muñequitos que manejan.

**¿Cómo califica la disposición de ellos frente a los niños en los talleres?**

La disposición que tienen es total, ellos hacen que los niños se diviertan mucho.

**¿Ha escuchado comentarios negativos por parte del personal de salud hacia el pabellón o los niños?**



No, para nada. Los tratan con mucho cariño. Las enfermeras me la consienten mucho. Me contaron que esta mañana que vinieron a revisarla, como se dejó y todo, le regalaron una chocolatina. La consienten mucho.

**¿Usted cómo se refiere al personal de salud?**

Doctor o enfermera.

**¿Qué cualidades destaca del personal de salud?**

Son muy amables, consienten mucho a los niños. El doctor juega mucho con ella.

**¿El personal de salud procura usar un lenguaje sencillo y comprensible en las consultas? ¿Qué herramientas utiliza para explicar los conceptos?**

Las enfermeras hablan suave, de manera que uno entienda. No como otros doctores que son como estrictos, pero con los niños, no, bien. El doctor que me la está atendiendo a ella, le dice las cosas a uno, cómo está evolucionando la niña, le explica bien las cosas a uno. El lenguaje con que explican es normal, uno entiende, sin palabras raras ni nada. Me explicó con las manos todo lo de la quimioterapia, yo no sabía qué era una quimio.

**Si usted pide una explicación al médico/enfermera, ¿se molesta o le responde de manera amable?**

El doctor que me la está atendiendo le explica bien a uno cómo va la niña. Las enfermeras le explican a uno lo que ellas saben, pero eso es más que todo con el doctor, porque ellas le dicen a uno “no, pregúntele más bien al doctor”. El doctor que me está atendiendo a la niña no se pone bravo si yo le pregunto cosas.

Cuando yo llegué, yo tenía muchas dudas, porque a mí me habían dicho que eso de la quimioterapia era lo peor, entonces me dijeron “pregúntele para que usted sepa bien”, entonces él me explicó bien en qué consistía el tratamiento.

**¿Tienen la oportunidad de opinar, de preguntar sobre sus dudas y resolver sus inquietudes en cada uno de los encuentros que tiene con el personal de salud?**

Sí, la mayoría de las veces sí, las enfermeras me dicen lo que saben y de resto, me aconsejan que le pregunte al médico.

**¿En qué aspectos podría mejorar el personal médico al momento de relacionarse con los niños?**

Pues, gracias a Dios, en mi caso todo me ha parecido excelente en la atención de niña, todo el tiempo están pendientes. La comunicación no es difícil. Si los niños están llorando, vienen, preguntan, juegan. No he visto que hayan regañado a mi hija, nunca me han comentado nada.

## ANEXO 19

Entrevista Padres o Familiares					
Género	M			F	
Rango de edades	15-25	25-35	35-45	45-55	Más de 55
Estrato Social	0	1	2	3	4 – Otro: __
Nivel Educativo	Primaria	Secundaria	Universidad	Técnica	Universitaria
Tiempo de instancia en el hospital	Desde el 17 de agosto				

**¿Cómo ha sido la experiencia en el hospital?**

Pues tratan de darnos una comodidad pues a pesar de la enfermedad que tiene la niña, tratan de que ella este bien, que se distraiga y pues eso está muy bien que ella trate de distraerse con respecto a eso.

**¿Cómo describe los talleres que realiza la Fundación?**

Es algo como muy chévere para ellos porque digamos si no estuvieran ellos se mantendrían muy aburridos acá, sin ninguna actividad o diversión que los distraiga o entretengan.

**¿Cómo describe el trato que se les da a los niños durante la terapia?**

Bien. Muestran interés.

**¿Qué cualidades destaca de los voluntarios?**

Son muy alegres, muestran interés por los niños, preocupaciones, eh... todo eso.

**¿Considera que la terapia de la risa mejora el ambiente y hace sentir mejor a los niños y a los familiares también?**

Por supuesto, claro que sí. Les ayuda mucho a los niños.

**¿Qué elementos de los que usan los terapeutas, por ejemplo los trajes, peluches o gestos destaca?**

Los títeres.

**¿Cómo califica la disposición de los niños durante la terapia de la risa?**

Ellos se ponen muy felices, les gusta mucho.

**¿Ha escuchado comentarios negativos de algunas enfermeras o algunos médicos cuando vienen ellos (los integrantes de la fundación) a hacer terapia?**

No, ninguno. Ningún caso he escuchado.

**¿O que se refieran despectivamente?**

No. Nunca. Les gusta que vengan ellos.

**¿Cómo se refiere usted la personal de salud, cuando va a llamar a alguien, por el nombre, apellido o solo enfermera?**

Pues la verdad no les sé el nombre. Les llamo enfermera o les digo “ven me haces un favor”.

**¿Pero ellos se presentan? Por ejemplo si una nueva enfermera llega, ¿ella se presenta?**

Sí, claro.

**¿Qué cualidades destaca del personal de salud?**

La dedicación, la preocupación, el interés por los niños. Todos les muestran mucho interés en cuanto a ellos, son amables.

**Con el lenguaje que ellos usan cuando les van a explicar algo, ¿Se hacen entender?**

Sí, siempre se los dicen de alguna manera en que ellos entiendan. Palabras sencillas para ellos.

**Si tiene alguna duda inquietud sobre algún medicamento o tratamiento, ¿Siempre se la resuelven?**

Sí, claro. Siempre me resuelven la inquietud.

**¿Qué aspecto en cuanto a la parte de comunicación le gustaría que el personal de salud mejorara?**

Mm No. Mantienen una buena comunicación tanto con los pacientes como con los acompañantes. No me parece que tengan que cambiar.

**¿Los gestos que ellos tienen (el personal de salud) también son positivos?**

No, si, ellos para eso si son muy buenas personas. Son muy amables.

## ANEXO 19

Entrevista Padres o Familiares					
Género	M			F	
Rango de edades	15-25	25-35	35-45	45-55	Más de 55
Estrato Social	0	1	2	3	4 – Otro: __
Nivel Educativo	Primaria	Secundaria	Universidad	Técnica	Universitaria
Tiempo de instancia en el hospital	Hace un mes				

**¿Cómo ha sido la experiencia en el pabellón de pediatría?**

Bien.

**¿Cómo describe los talleres de la Fundación Corazón en Parches?**

Muy bien

**¿Cree que les aporta en algo a los niños? ¿En qué?**

Mucho. Les ayuda mucho

**¿Cómo describe el trato de los payasos con los niños?**

Bien.

**¿Qué cualidades destaca de los talleristas?**

Son alegres.

**¿Considera que la terapia de la risa mejora el ambiente en el que se encuentra en niño?**

Sí.

**¿Qué elementos de los que utilizan los payasos destaca?**

Pues no. Pues a mi hijo la forma en que ellos lo traten porque empiezan hacerle jueguitos y él se empieza a reír y a jugar con ellos.

**¿Cómo califica la disposición de los niños cuando ellos llegan?**

¡Jum! Corren a buscarlos.

**¿Ha escuchado comentarios negativos de parte de las enfermeras hacia los payasos?**

No.

**¿Cuándo va a llamar a una enfermera, la llama por el nombre; por el apellido o solo enfermera?**

Por el nombre.

**¿Qué cualidades destaca del personal de salud?**

Son amables, algunas.

**Siempre que pide alguna explicación u opinión ¿Siempre la ayudan?**

Sí.

**¿En qué aspecto cree que podrían mejorar las enfermeras? En cuanto a comunicación**

Creo que están bien.

## **ANEXO 20**

**Entrevistado:** Johan Sebastián González

**Cargo:** Comunicaciones Clínica San Luis

### **¿Qué es la clínica San Luis?**

La Clínica San Luis es una institución prestadora de servicios de salud y está enfocada a satisfacer todas las necesidades de lo que son mujeres, en el momento sólo nos enfocamos en maternas. Es decir, nos enfocamos al género femenino y los niños hasta los 15 años, más o menos o hasta los 18 en caso de algunas EPS. Nosotros tenemos servicios de ginecología, tenemos servicio de pediatría, unidad de cuidados intensivos pediátricos, unidad de alta dependencia ginecostétrica. También tenemos lo que es HOP, que es donde se tratan los niños que tienen algún tipo de cáncer. Somos la única clínica en el oriente especializada en la mujer y el niño, nosotros ginecólogos y pediatras las 24 horas del día.

Desafortunadamente no tenemos un plan de comunicaciones enfocado a la comunicación paciente-doctor. Lo único que hacemos es hacer un poco más amena la parte HOP, que es donde están los niños con cáncer, eso se apoya con la Fundación Doctor Chocolate, ellos trabajan acá con nosotros y son los que se encargan de esa parte. Pero sí tenemos muchas falencias en la parte de comunicación paciente-médico, ya que hay personas del personal mal genados, sobre todo, con las auxiliares y jefes de enfermería, ya que son las que tienen más contacto con el paciente son de las que más hemos recibido quejas.

### **¿Cuál es la importancia de la comunicación en el campo de la salud?**

Si los médicos y las enfermeras captaran la importancia de la comunicación se les haría hasta más fácil el trabajo a ellos, porque muchas veces las dificultades de ellos es que el paciente no colabora... Entonces, si ellos entendieran que hablándole mejor al paciente o si les explicaran mejor el procedimiento al paciente van a tener mejores resultados y bajaríamos el nivel de quejas y reclamos, aparte que lograríamos una fidelización con ellos porque donde a uno lo tratan bien, uno vuelve. Hablándole de una manera amable, eso es lo que queremos y estamos intentando hacer.

Otra de las cosas a las cuales le queremos apuntar es sobre un gran proyecto que es Fosunab. Afortunadamente la clínica actualmente tiene muchos pacientes, pero le queremos apuntar a la fidelización de pacientes de medicina prepagas y particulares y de Ecopetrol que son regímenes especiales. Nosotros tenemos buenos equipos, buen personal pero lo que sí tenemos débil es el trato hacia el paciente, que es a lo que le queremos apuntar a fortalecer, que es el trato que le da uno al paciente, la amabilidad con el mismo.

### **¿Cómo define el término de ‘competencias comunicativas’?**

Son todas esas habilidades que puede utilizar el personal para llegar a lograr cierto objetivo.

Los gestos, el lenguaje corporal varía mucho. Eso se debe a que no hemos realizado acciones para que ellos manejen mejor su lenguaje comunicativo. Entonces, eso ya depende es de la personal. Hay turnos en los que usted los ve amables, digamos la gente que es muy antigua es mi amable con los pacientes. Aquí se utiliza mucho el ‘mamita’, el ‘papito’, pero en la parte del servicio al cliente se tiene presente que eso no se debe decir, que siempre se debe manejar la distancias con el paciente, pero a ellas (las enfermeras) les ha servido. Pero también hay veces en que les dicen: Ay mamá, pero hágase allá... eso depende mucho de la persona y de la hora del turno. Aquí en la clínica se manejan turnos de 12 horas, la persona entra a las 7 de la mañana y sale a las 7 de la noche... Entonces, usted a las 5 de la tarde ya no quiere nada. Entonces que le lleguen remisiones y cosas a última hora es difícil, porque la persona está ya cansada. Es difícil, porque es complicado decirle a una persona que sonría, que sea amable, que así no lo vean si sonrío en la voz se le siente más ameno, más cálido, más confiable. Pero viendo los toros desde la barrera es fácil, pero poniéndose en los zapatos de la persona es distinto, porque tratar con personas es difícil.

### **¿Qué tipo de acciones o correctivos se pueden aplicar en la clínica para mejorar esta situación?**

Con el médico no hay que trabajar tanto en esto, ya que él se ve con el paciente 10 minutos en la mañana y 10 minutos en la tarde. Esto va más dirigido a las



enfermeras, quienes son las que están ahí todo el tiempo trabajando. Entonces, iría más dirigido hacia el área asistencial: enfermería.

Nosotros lo que queremos hacer es ponernos en los zapatos de ellos. Entonces, nosotros no vamos a ir a trabajar con ellos, vamos a estar en los puestos de enfermería, vamos a mirar cómo hacen la labor porque a veces recibimos quejas de los usuarios. Entonces, vamos a mirar cómo hablan, cómo se expresan y los vamos corrigiendo. Esa sería la primera etapa de enseñanza. Una vez tengamos esa primera etapa de enseñanza, ponemos usuarios espías para verificar que sí se está cumpliendo la labor y lo vamos a manejar con incentivos y una vez pasemos esa etapa, aproximadamente en dos meses, donde evaluamos empezaremos con los 'cortes de cabeza' porque desafortunadamente cuando la gente no aprende toca hacerlo así... La cardiovascular lo hace así y le ha resultado muy bien y tiene un excelente servicio al cliente. Entonces, al tercer memorando la persona sale, porque eso daña la imagen de la organización.

### **¿Qué opina del componente de Comunicación y salud que hoy se emplea?**

Aquí nunca se ha manejado nada de comunicación, así que toca empezar desde ceros. Pero aquí para ellos la comunicación es todo.

Cuando se presenta algún tipo de inconveniente eso lo maneja directamente servicio al cliente porque es como la oficina de quejas.

Yo en esa parte me encargo con ella, desde mi parte de la comunicación y ella desde la parte conceptual (cómo deben hablar, por qué miran así...).

### **¿El personal de salud le da importancia a la comunicación'?**

Ellos no ven importante la comunicación porque en la academia les enseñaron a cumplir sus labores y consideran que la comunicación no es importante para ellos, no les hablaron de ellos... sólo a cumplir su trabajo.

La inducción queremos reforzarla. Nosotros tenemos un proceso de inducción muy errado y llega mucha gente por recomendación. Entonces, entra y hasta los 15

días se le hace la prueba y no hay unos parámetros para la contratación del personal.

### **¿Qué acciones comunicativas propondría para La San Luis?**

Por ahora no se ha hecho nada. Vamos a intentar corregir el error a partir de lo que ya te comenté: ponernos en el papel de ellos y entre todos corregimos.

### **¿Qué opina de los talleres de la fundación Doctor Chocolate en la clínica San Luis?**

Más que una terapia es amor, que los niños sientan amor.

Con esos talleres se olvidan de los problemas, de la enfermedad, se hace el tratamiento más fácil.

## **ANEXO 21**

### **Entrevista Comunicador Foscá.**

**Cargo: Jefe de Departamento de Comunicaciones Foscá. Antigüedad: 23 años.**

**Nombre: Fernando Gómez.**

#### **1. ¿Qué tan importante es la comunicación en el campo de la medicina?**

La experiencia que hemos tenido nosotros como comunicadores sociales en este complejo médico que es el más importante del oriente colombiano, ha sido muy valiosa. Nosotros somos dos comunicadores sociales que conformamos el departamento de comunicaciones y estamos aquí desde que hicimos la práctica de la universidad. Cuando llegamos, esto era muy pequeño, las necesidades eran pocas, pero empezamos a hacer un trabajo muy valioso, y la junta directiva y los jefes se empezaron a dar cuenta de la importancia del comunicador social en una institución de salud. Más que por habilidades comunicativas yo diría que es porque es un profesional muy hábil en recursos gráficos, en capacidad de desarrollar

recursos audiovisuales, videos, fotografías, afiches, campañas comunicativas, campañas de la promoción de la salud, es decir, todo este tipo de piezas que aportan mucho a un institución de salud.

Es muy importante porque incluso en una época llegamos a ser 8 comunicadores acá en esta clínica, y no solo aplicados en el departamento de comunicaciones sino en otras áreas, gestión humana, programas de bienestar, programas de calidad, en el centro de cáncer, de atención al paciente, de promoción de la salud, es decir, en muchas áreas, es por eso que creo que la comunicación en una institución de salud es muy valiosa.

## **2. ¿Y en la relación médico-paciente, qué tan importante es la comunicación en el ejercer diario del personal de salud?**

La comunicación es un factor muy importante no solo en la vida del comunicador sino del ser humano, pero en la relación médico paciente, el comunicador no interviene, eso obedece a una habilidad comunicativa que tiene cada profesional de la salud en esta clínica, llámese trabajo social, enfermería, médico, psicóloga, en fin, cualquier profesional de la salud. Analizar la calidad de las relaciones entre el personal de salud y los pacientes es un proceso que está más implícito en el área de gestión humana y dentro del departamento de relaciones internas de la institución.

Hay algunos mecanismos de medición de las debilidades en la comunicación de la gente de la institución, como son los formatos de Líderes Cálidos que son personas que atienden, entre comillas, los malos tratos o las discusiones justas e injustas que se pueden presentar entre el mismo personal o entre el médico y su paciente. Otro tipo de actividades que se hacen en la clínica para contribuir al fomento de la buena comunicación son los seminarios y actividades aisladas para mejorar esas competencias comunicativas. El encargado de hacer efectivas estos programas es el departamento de Gestión Humana y Relaciones Internas, aunque psicología organizacional también hace parte de esto.

### **3. ¿Cómo define usted el término ‘competencias comunicativas’? ¿Cuáles son las principales?**

La competencia comunicativa es un aspecto muy importante que tiene que ver con la oralidad de la persona, con su capacidad de expresarse bien, de manera clara, concreta, de manejar un discurso acertado para el momento en el que se encuentre, manejar un lenguaje apropiado para la gente a la que se va a dirigir – lenguaje verbal y no verbal- imágenes, lenguaje corporal, lenguaje audiovisual y las ayudas que utilice para esa oralidad.

La importancia de esto radica en que hay que tener en cuenta que manejamos diferentes públicos, gerenciales, públicos médicos, el usuario de base, el usuario VIP, jefes de área, etc., entonces cada profesional debe tener una competencia marcada para que pueda desarrollar su labor, y uno las encuentra acá en la Clínica. Así como encuentra unas fuertes, encuentra unas muy débiles, hay quienes son muy parcas, sólo de “Qué hubo y adiós”, pero cuando están en su tema, hablan con una fluidez del lenguaje y con una claridad, buenísima. Como también hay casos en que uno espera que las personas sean carretudas, que hablen fluido del tema, muchas veces se cortan, toca parar, grabar dos tres veces o a veces renuncian al tema, dicen “no, no, no, busquen otra persona”, y todo eso tiene que ver directamente con la habilidad o con la competencia de comunicación.

Para terminar este punto, yo creo que eso está directamente relacionado porque, incluso, nosotros los comunicadores, no tenemos en el pregrado una cátedra de habilidades de comunicación o de competencias para la comunicación lo cual se refleja al momento de hacer alguna entrevista, una grabación, entonces, el comunicador, que es la persona que más marcado debe tener estas competencias, no las tiene del todo. Con esto quiero decir que todo profesional debe tener, desde la universidad, un área que se encargue de desarrollar las competencias comunicativas, eso tiene que venir desde la formación.

#### **4. ¿Cree usted que el personal de salud le da suficiente importancia a la comunicación y el desarrollo de sus competencias?**

Lo que yo percibo aquí a nivel general es que el que tiene ese talento le gusta profundizar en él, y el que no lo tiene como que se aísla, como que no se preocupa por desarrollarlo, lo esquiva. Es decir, si yo soy un profesional de diferente área, y no tengo esa capacidad, y hay eventos en que tengo que ir a hacer una conferencia o expresar unas palabras, inaugurar un área o algo, lo evito. Siempre los mismos son los que salen a hacer ese tipo de actos públicos que en su momento pueden ser insignificantes, pero que evidencia la habilidad de comunicarse de manera efectiva.

Pienso que a veces, muy poca gente se preocupa por tener una habilidad comunicativa, más bien se preocupan por el ejercicio de su profesión directa, por ser más competentes médicamente, por investigar, porque su cirugía le salga bien, porque el procedimiento con el paciente sea exitoso en términos de resultados, y lo mismo la trabajadora social, porque su estudio socioeconómico le salga bien, en fin. Sinceramente yo pienso que individualmente, es bajo el nivel de personas que se preocupan por mejorar su habilidad comunicativa.

#### **5. ¿Cuáles son las competencias comunicativas en las que el personal de salud presenta dificultad al momento de interactuar con pacientes y sus familiares?**

Una de las principales debilidades que uno observa en el personal de salud concretamente es que les cuesta mucho bajar la información a un nivel básico, entonces, tú hablas con el médico y el lenguaje que usa para explicarte algo es muy alto, es muy técnico, es muy científico, entonces ellos se expresan de una manera muy a su nivel, entonces la persona que lo está oyendo posiblemente no entiende. Es por eso que los médicos deben saber bajar la información a un nivel más humano, que sea entendido por la comunidad, que sea entendible. A nosotros como departamento de comunicaciones nos pasa seguido cuando

tenemos que informar algo en algún programa de televisión, cartelera, afiche o algo, entonces primero hablamos con el médico y le decimos “ no vamos a hablar en términos de miligramos de potasio ni en términos de radiofrecuencia al punto 2% de mercurio, sino que tenemos que hablar en términos que la comunidad comprenda”, dejar claro qué es lo que está sucediendo, es decir, cómo se trata una enfermedad, cómo se aplica una tecnología médica, o como se aplica una técnica médica, para que el interlocutor o la comunidad comprenda ese testimonio del médico.

Ellos son muy dados a hablar en esos términos, no sé por qué, pero les cuesta trabajo hacerlo más cercano, más entendible a todos los públicos.

**6. ¿Qué aspectos se podrían fortalecer para mejorar el desarrollo de las competencias comunicativas del personal médico? -en la clínica y en general de los médicos-**

Yo pensaría que esas debilidades que tiene el personal médico están directamente relacionadas con el poco tiempo con el que cuentan por la dinámica de la profesión, por el poco interés que ello pueda despertarles porque son gente demasiado ocupada, muy científica, porque son gente que está acostumbrada a hablar en congresos, de mucho nivel, a dar clases de medicina, discutir casos en juntas médicas, entonces ese como que es el lenguaje en el que ellos permanentemente están trabajando, como que siempre están en ese rol médico, de lenguaje complejo que, cuando necesitan hablar con pacientes, compañeros de la clínica de otras áreas y demás, les cuesta trabajo porque tienen que salirse de su cotidianidad, por así decirlo.

¿Qué están haciendo ellos por hacerse entender a todo público?, yo diría que muy poco, incluso, pienso que muchos de los médicos les gusta como dejar ese rol de comunicador a otras personas y dejar a un lado esas tareas que requieren

competencias comunicativas, incluso, a veces el trabajo de explicar a los pacientes les toca a las enfermeras.

Hay quienes sí tienen competencias comunicativas en su jerga y en su lenguaje científico, pero en ambientes diferentes, entre colegas, en donde defienden una posición con fluidez y elocuencia porque de alguna manera, todos entienden y conocen el mismo código, las palabras, entonces como que no requiere de tanta destreza por parte del expositor, sino que a su favor, tiene un público del mismo medio.

En cambio, cuando tiene que hablar de la promoción de la salud a una comunidad de abuelitos, por ejemplo, expresarse se les complica.

## **7. ¿El hospital realiza algún tipo de acciones que permitan el fortalecimiento de las competencias comunicativas?**

Sí, esporádicamente, muy esporádicamente la clínica hace algunos talleres, o estudia situaciones de habilidades comunicativas que se puedan presentar entre los profesionales de la salud y en su contacto médico paciente, pero no es una actividad de rutina, no es una actividad que obedezca a un cronograma de actividades en pro del mejoramiento de un objetivo, sino que son cosas muy aisladas.

Al año podría decir, que se ese tipo de actividades se hace una vez, máximo dos, con el fin de mirar cómo está el panorama año tras año en la comunicación entre los empleados de la clínica. De alguna manera, ese tipo de actividades carece de interés para la clínica, pues no se han centrado mucho en las habilidades comunicativas del personal, y tal vez, de las relaciones de comunicación que este desencadena.

Estudiar este tipo de situaciones, y el análisis de los resultados le compete al departamento de psicología, relaciones internas, y gestión humana, pero en

realidad es muy bajo. Yo creo que si en este momento accediéramos a mirar indicadores de capacitaciones en habilidades comunicativas del personal médico o de los profesionales de la Foscál, sería difícil obtener esa información porque no estaría tan clara, y no habría un registro continuo. Pienso que esto se da porque las habilidades comunicativas se considera como una competencia que debe tener el personal, que la traen implícita dentro de su formación, por ello, creo yo, no es prioritario para la Clínica analizar a profundidad este tipo de situaciones, o evaluar la calidad de las comunicaciones, creo que da por sentado que todo profesional tiene las competencias profesionales, las capacidades suficientes y necesarias para desenvolverse, pero, en realidad, en muchos casos no se da, como lo mencioné anteriormente. Entonces, quien dirige las comunicaciones internas dentro de la clínica asume que tu como profesional traes esas competencias, pero si analizamos los pensums de las diferentes carreras, nos damos cuenta que no hay tal formación para desarrollar dichas habilidades.

**8. Anteriormente, ¿se han analizados las relaciones entre el cuerpo médico y los pacientes? ¿Se ha hecho algún estudio u observación de la calidad de la comunicación entre estos actores?**

Lo que comentaba anteriormente, acá hay un programa que se llama Líderes Cálidos que incluye a todo el personal de la clínica, y específicamente son personas que de alguna manera son identificadas por los grupos de trabajo como amables, cordiales, hay cerca de 50 o 60 personas de entre los diferentes grupos o áreas, entonces estas personas son las que lideran el buen clima laboral y las buenas relaciones interpersonales directamente de su grupo de trabajo. Ellas están pendientes de si pasa algo, de si hay malos entendidos entre los compañeros, unos y otros, colegas y amigos, con el paciente, con el vecino o compañeros de otras áreas. El registro de las situaciones se hace llenando un formato cuando se presenta algún altercado, si me saludó o no me saludó, que me tiró la puerta, que me tiró el papel, en fin, para evitar que ese tipo de situaciones comunicativas se profundicen y lleguen a afectar el buen clima laboral, la



convivencia. Este tipo de actividades sí se hace periódicamente, creo que cada dos meses estas personas se reúnen, y en esas reuniones, dependiendo los problemas que salgan de los análisis por área, se proponen soluciones como actividades de integración y se expresa al grupo de trabajo, las diferentes situaciones que se hayan presentado durante ese tiempo.

Cuando es el caso es recurrente, existe un correctivo que se aplica a quienes presentan dificultades comunicativas y de convivencia, y un llamado de atención. También se dan procesos con psicología, firmas de compromisos de cambio y en última instancia, luego de haber firmado los compromisos de cambio dentro de un tiempo prudencial –si la persona no tiene actitud de cambio y es recurrente-, se tiene que ir.

**9. ¿Sabe usted si alguna otra empresa prestadora de salud emplea actividades enfocadas a desarrollar o fortalecer las competencias comunicativas del personal de salud?**

No, específicamente en Bucaramanga no conozco alguna entidad de salud – o de diferentes áreas- que sea fuerte y realice actividades enfocadas a promover las competencias comunicativas de las personas.

La experiencia que yo tengo y la información que yo tengo es que es una habilidad que debe estar ya inherente en el profesional y en la persona, ¿de dónde? Desde su formación de secundaria y pregrado, pero no como una habilidad que se adquiere en el ejercicio de la profesión.

**10. Sobre la terapia de la risa. Cree que en el momento en que los Clowns están haciendo la terapia y hay enfermeros, ¿cree que la risa puede funcionar como un lenguaje para ayudar a desenvolver a los médicos y enfermeros en las relaciones con los pacientes y familiares?**

Sí, sin duda alguna. La experiencia en clown nuestra ha sido muy valiosa, nosotros tuvimos una visita de los clown de Bogotá hace unos años y a raíz de eso se conformó un grupo clown al interior de la clínica conformado por los empleados, que obviamente no son payasos, ni son mimos, pero son gente de

buen humor, que viene en el desarrollo del clown una tarde de descanso haciendo reír al enfermo y fortaleciendo las comunicaciones entre el médico y los pacientes y las enfermeras de diferentes pisos. En la Foscal, una vez cada dos meses se reúne el grupo clown de la clínica –colegas- conformado por 8 o 10 personas, de todos los cargos de las clínicas, hay celadores, hay médicos, trabajadoras sociales, hay enfermeras, hay de todo, y se pintan, todo igualito, una parafernalia muy completa muy vistosa, no es por salir del paso, con la indumentaria, se preparan cantan, es muy bonito, y adicionalmente fortalece el clima laboral de la clínica, porque el personal ve que es el amigo el que está vestido de clown entonces como que esa estrechez hace que todo sea más ameno y fluya, entonces todo eso está en pro de las buenas relaciones y buenas comunicaciones de la Foscal.

## **ANEXO 22**

### **Entrevista Comunicador Foscal.**

**Cargo: Jefe de Departamento de Comunicaciones Foscal. Antigüedad: 23 años.**

**Nombre: Fernando Gómez.**

#### **¿Qué tan importante es la comunicación en el campo de la medicina?**

La experiencia que hemos tenido nosotros como comunicadores sociales en este complejo médico que es el más importante del oriente colombiano, ha sido muy valiosa. Nosotros somos dos comunicadores sociales que conformamos el departamento de comunicaciones y estamos aquí desde que hicimos la práctica de la universidad. Cuando llegamos, esto era muy pequeño, las necesidades eran pocas, pero empezamos a hacer un trabajo muy valioso, y la junta directiva y los jefes se empezaron a dar cuenta de la importancia del comunicador social en una institución de salud. Más que por habilidades comunicativas yo diría que es porque

es un profesional muy hábil en recursos gráficos, en capacidad de desarrollar recursos audiovisuales, videos, fotografías, afiches, campañas comunicativas, campañas de la promoción de la salud, es decir, todo este tipo de piezas que aportan mucho a un institución de salud.

Es muy importante porque incluso en una época llegamos a ser 8 comunicadores acá en esta clínica, y no solo aplicados en el departamento de comunicaciones sino en otras áreas, gestión humana, programas de bienestar, programas de calidad, en el centro de cáncer, de atención al paciente, de promoción de la salud, es decir, en muchas áreas, es por eso que creo que la comunicación en una institución de salud es muy valiosa.

**¿Y en la relación médico-paciente, qué tan importante es la comunicación en el ejercer diario del personal de salud?**

La comunicación es un factor muy importante no solo en la vida del comunicador sino del ser humano, pero en la relación médico paciente, el comunicador no interviene, eso obedece a una habilidad comunicativa que tiene cada profesional de la salud en esta clínica, llámese trabajo social, enfermería, médico, psicóloga, en fin, cualquier profesional de la salud. Analizar la calidad de las relaciones entre el personal de salud y los pacientes es un proceso que está más implícito en el área de gestión humana y dentro del departamento de relaciones internas de la institución.

Hay algunos mecanismos de medición de las debilidades en la comunicación de la gente de la institución, como son los formatos de Líderes Cálidos que son personas que atienden, entre comillas, los malos tratos o las discusiones justas e injustas que se pueden presentar entre el mismo personal o entre el médico y su paciente. Otro tipo de actividades que se hacen en la clínica para contribuir al fomento de la buena comunicación son los seminarios y actividades aisladas para mejorar esas competencias comunicativas. El encargado de hacer efectivas estos

programas es el departamento de Gestión Humana y Relaciones Internas, aunque psicología organizacional también hace parte de esto.

**¿Cómo define usted el término ‘competencias comunicativas’? ¿Cuáles son las principales?**

La competencia comunicativa es un aspecto muy importante que tiene que ver con la oralidad de la persona, con su capacidad de expresarse bien, de manera clara, concreta, de manejar un discurso acertado para el momento en el que se encuentre, manejar un lenguaje apropiado para la gente a la que se va a dirigir – lenguaje verbal y no verbal- imágenes, lenguaje corporal, lenguaje audiovisual y las ayudas que utilice para esa oralidad.

La importancia de esto radica en que hay que tener en cuenta que manejamos diferentes públicos, gerenciales, públicos médicos, el usuario de base, el usuario VIP, jefes de área, etc., entonces cada profesional debe tener una competencia marcada para que pueda desarrollar su labor, y uno las encuentra acá en la Clínica. Así como encuentra unas fuertes, encuentra unas muy débiles, hay quienes son muy parcas, sólo de “Qué hubo y adiós”, pero cuando están en su tema, hablan con una fluidez del lenguaje y con una claridad, buenísima. Como también hay casos en que uno espera que las personas sean carretudas, que hablen fluido del tema, muchas veces se cortan, toca parar, grabar dos tres veces o a veces renuncian al tema, dicen “no, no, no, busquen otra persona”, y todo eso tiene que ver directamente con la habilidad o con la competencia de comunicación.

Para terminar este punto, yo creo que eso está directamente relacionado porque, incluso, nosotros los comunicadores, no tenemos en el pregrado una cátedra de habilidades de comunicación o de competencias para la comunicación lo cual se refleja al momento de hacer alguna entrevista, una grabación, entonces, el comunicador, que es la persona que más marcado debe tener estas competencias, no las tiene del todo. Con esto quiero decir que todo profesional

debe tener, desde la universidad, un área que se encargue de desarrollar las competencias comunicativas, eso tiene que venir desde la formación.

**¿Cree usted que el personal de salud le da suficiente importancia a la comunicación y el desarrollo de sus competencias?**

Lo que yo percibo aquí a nivel general es que el que tiene ese talento le gusta profundizar en él, y el que no lo tiene como que se aísla, como que no se preocupa por desarrollarlo, lo esquivo. Es decir, si yo soy un profesional de diferente área, y no tengo esa capacidad, y hay eventos en que tengo que ir a hacer una conferencia o expresar unas palabras, inaugurar un área o algo, lo evito. Siempre los mismos son los que salen a hacer ese tipo de actos públicos que en su momento pueden ser insignificantes, pero que evidencia la habilidad de comunicarse de manera efectiva.

Pienso que a veces, muy poca gente se preocupa por tener una habilidad comunicativa, más bien se preocupan por el ejercicio de su profesión directa, por ser más competentes médicamente, por investigar, porque su cirugía le salga bien, porque el procedimiento con el paciente sea exitoso en términos de resultados, y lo mismo la trabajadora social, porque su estudio socioeconómico le salga bien, en fin. Sinceramente yo pienso que individualmente, es bajo el nivel de personas que se preocupan por mejorar su habilidad comunicativa.

**¿Cuáles son las competencias comunicativas en las que el personal de salud presenta dificultad al momento de interactuar con pacientes y sus familiares?**

Una de las principales debilidades que uno observa en el personal de salud concretamente es que les cuesta mucho bajar la información a un nivel básico, entonces tú hablas con el médico y el lenguaje que usa para explicarte algo es muy alto, es muy técnico, es muy científico, entonces ellos se expresan de una manera muy a su nivel, entonces la persona que lo está oyendo posiblemente no entiende. Es por eso que los médicos deben saber bajar la información a un nivel

más humano, que sea entendido por la comunidad, que sea entendible. A nosotros como departamento de comunicaciones nos pasa seguido cuando tenemos que informar algo en algún programa de televisión, cartelera, afiche o algo, entonces primero hablamos con el médico y le decimos “ no vamos a hablar en términos de miligramos de potasio ni en términos de radiofrecuencia al punto 2% de mercurio, sino que tenemos que hablar en términos que la comunidad comprenda”, dejar claro qué es lo que está sucediendo, es decir, cómo se trata una enfermedad, cómo se aplica una tecnología médica, o como se aplica una técnica médica, para que el interlocutor o la comunidad comprenda ese testimonio del médico.

Ellos son muy dados a hablar en esos términos, no sé por qué, pero les cuesta trabajo hacerlo más cercano, más entendible a todos los públicos.

**¿Qué aspectos se podrían fortalecer para mejorar el desarrollo de las competencias comunicativas del personal médico? -en la clínica y en general de los médicos-**

Yo pensaría que esas debilidades que tiene el personal médico están directamente relacionadas con el poco tiempo con el que cuentan por la dinámica de la profesión, por el poco interés que ello pueda despertarles porque son gente demasiado ocupada, muy científica, porque son gente que está acostumbrada a hablar en congresos, de mucho nivel, a dar clases de medicina, discutir casos en juntas médicas, entonces ese como que es el lenguaje en el que ellos permanentemente están trabajando, como que siempre están en ese rol médico, de lenguaje complejo que, cuando necesitan hablar con pacientes, compañeros de la clínica de otras áreas y demás, les cuesta trabajo porque tienen que salirse de su cotidianidad, por así decirlo.

¿Qué están haciendo ellos por hacerse entender a todo público?, yo diría que muy poco, incluso, pienso que muchos de los médicos les gusta como dejar ese rol de

comunicador a otras personas y dejar a un lado esas tareas que requieren competencias comunicativas, incluso, a veces el trabajo de explicar a los pacientes les toca a las enfermeras.

Hay quienes sí tienen competencias comunicativas en su jerga y en su lenguaje científico, pero en ambientes diferentes, entre colegas, en donde defienden una posición con fluidez y elocuencia porque de alguna manera, todos entienden y conocen el mismo código, las palabras, entonces como que no requiere de tanta destreza por parte del expositor, sino que a su favor, tiene un público del mismo medio.

En cambio, cuando tiene que hablar de la promoción de la salud a una comunidad de abuelitos, por ejemplo, expresarse se les complica.

### **¿El hospital realiza algún tipo de acciones que permitan el fortalecimiento de las competencias comunicativas?**

Sí, esporádicamente, muy esporádicamente la clínica hace algunos talleres, o estudia situaciones de habilidades comunicativas que se puedan presentar entre los profesionales de la salud y en su contacto médico paciente, pero no es una actividad de rutina, no es una actividad que obedezca a un cronograma de actividades en pro del mejoramiento de un objetivo, sino que son cosas muy aisladas.

Al año podría decir, que se ese tipo de actividades se hace una vez, máximo dos, con el fin de mirar cómo está el panorama año tras año en la comunicación entre los empleados de la clínica. De alguna manera, ese tipo de actividades carece de interés para la clínica, pues no se han centrado mucho en las habilidades comunicativas del personal, y tal vez, de las relaciones de comunicación que este desencadena.

Estudiar este tipo de situaciones, y el análisis de los resultados le compete al departamento de psicología, relaciones internas, y gestión humana, pero en realidad es muy bajo. Yo creo que si en este momento accediéramos a mirar indicadores de capacitaciones en habilidades comunicativas del personal médico o de los profesionales de la Foscál, sería difícil obtener esa información porque no estaría tan clara, y no habría un registro continuo. Pienso que esto se da porque las habilidades comunicativas se considera como una competencia que debe tener el personal, que la traen implícita dentro de su formación, por ello, creo yo, no es prioritario para la Clínica analizar a profundidad este tipo de situaciones, o evaluar la calidad de las comunicaciones, creo que da por sentado que todo profesional tiene las competencias profesionales, las capacidades suficientes y necesarias para desenvolverse, pero, en realidad, en muchos casos no se da, como lo mencioné anteriormente. Entonces, quien dirige las comunicaciones internas dentro de la clínica asume que tu como profesional traes esas competencias, pero si analizamos los pensums de las diferentes carreras, nos damos cuenta que no hay tal formación para desarrollar dichas habilidades.

**Anteriormente, ¿se han analizados las relaciones entre el cuerpo médico y los pacientes? ¿Se ha hecho algún estudio u observación de la calidad de la comunicación entre estos actores?**

Lo que comentaba anteriormente, acá hay un programa que se llama Líderes Cálidos que incluye a todo el personal de la clínica, y específicamente son personas que de alguna manera son identificadas por los grupos de trabajo como amables, cordiales, hay cerca de 50 o 60 personas de entre los diferentes grupos o áreas, entonces estas personas son las que lideran el buen clima laboral y las buenas relaciones interpersonales directamente de su grupo de trabajo. Ellas están pendientes de si pasa algo, de si hay malos entendidos entre los compañeros, unos y otros, colegas y amigos, con el paciente, con el vecino o compañeros de otras áreas. El registro de las situaciones se hace llenando un formato cuando se presenta algún altercado, si me saludó o no me saludó, que me



tiró la puerta, que me tiró el papel, en fin, para evitar que ese tipo de situaciones comunicativas se profundicen y lleguen a afectar el buen clima laboral, la convivencia. Este tipo de actividades sí se hace periódicamente, creo que cada dos meses estas personas se reúnen, y en esas reuniones, dependiendo los problemas que salgan de los análisis por área, se proponen soluciones como actividades de integración y se expresa al grupo de trabajo, las diferentes situaciones que se hayan presentado durante ese tiempo.

Cuando es el caso es reincidente, existe un correctivo que se aplica a quienes presentan dificultades comunicativas y de convivencia, y un llamado de atención. También se dan procesos con psicología, firmas de compromisos de cambio y en última instancia, luego de haber firmado los compromisos de cambio dentro de un tiempo prudencial –si la persona no tiene actitud de cambio y es reincidente-, se tiene que ir.

**¿Sabe usted si alguna otra empresa prestadora de salud emplea actividades enfocadas a desarrollar o fortalecer las competencias comunicativas del personal de salud?**

No, específicamente en Bucaramanga no conozco alguna entidad de salud – o de diferentes áreas- que sea fuerte y realice actividades enfocadas a promover las competencias comunicativas de las personas.

La experiencia que yo tengo y la información que yo tengo es que es una habilidad que debe estar ya inherente en el profesional y en la persona, ¿de dónde? Desde su formación de secundaria y pregrado, pero no como una habilidad que se adquiriera en el ejercicio de la profesión.

**Sobre la terapia de la risa. Cree que en el momento en que los Clowns están haciendo la terapia y hay enfermeros, ¿cree que la risa puede funcionar como un lenguaje para ayudar a desenvolver a los médicos y enfermeros en las relaciones con los pacientes y familiares?**

Sí, sin duda alguna. La experiencia en clown nuestra ha sido muy valiosa, nosotros tuvimos una visita de los clown de Bogotá hace unos años y a raíz de

eso se conformó un grupo clown al interior de la clínica conformado por los empleados, que obviamente no son payasos, ni son mimos, pero son gente de buen humor, que viene en el desarrollo del clown una tarde de descanso haciendo reír al enfermo y fortaleciendo las comunicaciones entre el médico y los pacientes y las enfermeras de diferentes pisos. En la Foscal, una vez cada dos meses se reúne el grupo clown de la clínica –colegas- conformado por 8 o 10 personas, de todos los cargos de las clínicas, hay celadores, hay médicos, trabajadoras sociales, hay enfermeras, hay de todo, y se pintan, todo igualito, una parafernalia muy completa muy vistosa, no es por salir del paso, con la indumentaria, se preparan cantan, es muy bonito, y adicionalmente fortalece el clima laboral de la clínica, porque el personal ve que es el amigo el que está vestido de clown entonces como que esa estrechez hace que todo sea más ameno y fluya, entonces todo eso está en pro de las buenas relaciones y buenas comunicaciones de la Foscal.

## ANEXO C

### MÉTODOS DE OBSERVACIÓN

MARÍA FERNANDA BAYONA ARÉVALO  
NATHALIE ESPINOSA CÁCERES  
MARÍA CONSTANZA JIMÉNEZ JÁCOME  
JESSICA ALEJANDRA PÉREZ OVALLE

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA  
FACULTAD DE COMUNICACIÓN Y ARTES AUDIOVISUALES  
BUCARAMANGA

2012

## ANEXO 23. MÉTODO DE OBSERVACIÓN ANTES DE LA TERAPIA DE LA RISA EN EL PABELLÓN DE PEDIATRÍA DEL HUS

FECHA: 25/08/12	HORA: 2:30 pm	LUGAR: Pabellón de pediatría HUS	ACTIVIDAD: Antes de la Terapia de la Risa			
<b>COMPETENCIAS COMUNICATIVAS</b>	<b>VARIABLE</b>	<b>ESCALA:</b>				
	Numero de encuentros entre actores Tiempo: 30 minutos	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>	5 <input checked="" type="checkbox"/>
		POCOS		MUCHOS		
	Numero de acuerdos entre actores	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>	5 <input type="text"/>
		POCOS		MUCHOS		
	Terminología empleada	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>	5 <input checked="" type="checkbox"/>
		TÉCNICA		COLOQUIAL		
Numero de reiteraciones del mensaje	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5 <input type="text"/>	
	POCAS		MUCHAS			
Uso de lenguaje no verbal	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>	5 <input checked="" type="checkbox"/>	
	POCOS		MUCHOS			
Valores	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5 <input type="text"/>	
	NO SE EVIDENCIA		SE EVIDENCIA			
<b>ANOTACIONES:</b>						
<p>Se evidencia una relación cercana entre los voluntarios y el grupo de trabajo. Son un equipo y una familia unida en donde el trato es cordial y amigable.</p> <p>El lenguaje y la terminología que se utiliza es informal y cotidiano. Antes en el proceso de preparación se comparten experiencias, chistes, y comentarios graciosos. De igual manera los voluntarios se abrazan afectuosamente y se ríen constantemente.</p> <p>Los voluntarios realizan un calentamiento que incluye actividades de coordinación. Trabajan el lenguaje visual y la mirada a los ojos para disminuir la timidez y aumentar la confianza de los voluntarios. Se evidencian valores de solidaridad, confianza, trabajo en equipo, coordinación y respeto.</p>						

FECHA: 25/08/12	HORA: 2:30 pm	LUGAR: HUS (ANTES DE LA TERAPIA)	ACTIVIDAD: Antes de la Terapia de la Risa			
<b>IMAGINARIOS</b>	<b>VARIABLE</b>	<b>ESCALA:</b>				
	Frecuencia de experiencias negativas -Gestos	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>	5 <input type="text"/>
		POCAS		MUCHAS		
	Frecuencia de experiencias positivas -Gestos	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>	5 <input checked="" type="checkbox"/>
		POCAS		MUCHAS		
Rumores NO SE EVIDENCIA	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>	5 <input type="text"/>	
	NEGATIVOS		POSITIVOS			
Calificativos asociados al personal médico NO SE EVIDENCIA	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5 <input type="text"/>	
	POCAS		MUCHAS			
<b>ANOTACIONES:</b>						
<p>Durante la realización del taller anterior a la terapia se evidencian experiencias positivas y gestos de alegría y cordialidad entre los voluntarios.</p> <p>De igual manera existe una energía dinámica entre los mismos. Esto se manifiesta en chistes y comentarios positivos.</p> <p>Los voluntarios vienen con una buena actitud al hospital.</p> <p>Se realizan chistes de varios tipos para entrar en confianza.</p> <p>Se informa de los pacientes que hay en urgencias, se manifiesta que "gracias a Dios hoy hay pocos pacientes", refiriéndose a que hay pocos niños enfermos el día de hoy.</p> <p>De igual manera se resalta la importancia de la Nariz roja como elemento transformador de la actitud del voluntario. Se le denomina como la máscara más pequeña del mundo. Es vista como un elemento de respeto y alto significado.</p>						

FECHA: 25/08/12	HORA: 2:30 pm	LUGAR: HUS (ANTES DE LA TERAPIA)	ACTIVIDAD: Terapia de la Risa			
<b>RISA</b>	<b>VARIABLE</b>	<b>ESCALA:</b>				
	Actitud de los voluntarios	1	2	3	4	5 X
		NEGATIVA		POSITIVA		
	Variación de elementos utilizados en la risa	1	2	3 X	4	5
		POCOS			MUCHOS	
	Cantidad de participación	1	2	3	4	5 X
		POCA		MUCHA		
Evidencia de receptividad de la risa	1	2	3	4	5 X	
	POCAMUCHA					
<b>ANOTACIONES:</b>	<p>La actitud de los voluntarios se mantiene positiva y alegre. Utilizan elementos como los malabares, el calentamiento, la mirada a los ojos y diversas dinámicas para prepararse para entrar al contacto con los pacientes y pasar a un estado clown. La risa entre ellos está presente desde el primer momento. Realizan actividades de concentración y preparación individual y grupal. Existe una alta participación por parte de los voluntarios en el proceso anterior a la terapia.</p>					

FECHA: 25/08/12	HORA: 3:15 pm	LUGAR: HUS (DURANTE DE LA TERAPIA)	ACTIVIDAD: Terapia de la Risa			
<b>COMPETENCIAS COMUNICATIVAS</b>	<b>VARIABLE</b>	<b>ESCALA:</b>				
	Número de encuentros entre actores Tiempo: 30 minutos	1	2	3	4 X	5
		POCOS			MUCHOS	
	Número de acuerdos entre actores	1	2	3 X	4	5
		POCOS			MUCHOS	
	Terminología empleada	1	2	3	4	5 X
		TÉCNICA		COLOQUIAL		
Número de reiteraciones del mensaje	1	2	3	4 x	5	
	POCAS			MUCHAS		
Uso de lenguaje no verbal	1	2	3	4	5 x	
	POCOS			MUCHOS		
Valores	1	2	3 X	4	5	
	NO SE EVIDENCIA		NO SE EVIDENCIA			
<b>ANOTACIONES:</b>	<p>Durante el lavado de manos, los voluntarios hacen un primer acercamiento con el personal de salud que se encuentra en el cuarto de lavado de manos. El trato es cordial y genera risa entre las enfermeras que se encuentran en el lugar. Hay un encuentro cordial entre los voluntarios con las enfermeras, hacen chistes y les preguntan como están. De igual manera, antes de entrar a las habitaciones, se saludan con los padres que están en los pasillos del pabellón. Ellos se ríen y les causa agrado ver a los voluntarios. Cuando ingresan a las habitaciones, los padres permiten que se acerquen a sus hijos y participan de la terapia. El personal de salud se mantiene distante y realiza las actividades de rutina sin interrumpir la terapia. El lenguaje no verbal se evidencia en señas, música, mímica y sonrisas.</p>					

FECHA: 25/08/12	HORA: 3:15 pm	LUGAR: HUS (DURANTE DE LA TERAPIA)	ACTIVIDAD: Terapia de la Risa			
<b>RISA</b>	<b>VARIABLE</b>	<b>ESCALA:</b>				
	Actitud de los voluntarios POSITIVA, ENERGICA	1	2	3	4	5 X
		NEGATIVA		POSITIVA		
	Variedad de elementos utilizados en la risa MÚSICA, CANTOS	1	2	3	4 X	5
		POCOS			MUCHOS	
	Cantidad de participación PADRES Y CLOWNS	1	2	3	4	5 X
	POCA		MUCHA			
Evidencia de receptividad de la risa	1	2	3	4 X	5	
	POCAMUCHA					
<b>ANOTACIONES:</b>						
	<p>Los Clowns se dividen entre los pacientes que están en las habitaciones, dando la posibilidad de generar una conexión más cercana con los pacientes.</p> <p>Se evidencia una energía positiva en la habitación durante el transcurso de la terapia.</p> <p>Los Clowns participan activamente e involucran a todos los presentes en las habitaciones.</p> <p>El personal de salud se ríe con la terapia y colabora con los Clowns. Pocos de ellos se involucran directamente con los voluntarios, pero existe un respeto y un trato cordial entre los actores.</p> <p>Los niños piden a los Clowns que entren a las habitaciones y se asoman por los vidrios contiguos a las habitaciones para ver a los voluntarios en la habitación de al lado.</p>					

#### MÉTODO DE OBSERVACIÓN PARA LOS VOLUNTARIOS DE LA FUNDACIÓN CORAZÓN EN PARCHES

FECHA: 25/08/12	HORA: 2:30 p.m.	LUGAR: Hospital Universitario de Santander	ACTIVIDAD: Antes de la terapia			
<b>COMPETENCIAS COMUNICATIVAS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>ESCALA:</b>				
	Calidad de los encuentros entre actores -Tiempo	1	2	3 X	4	5
		MALA		BUENA		
	Interacción entre actores	1	2	3	4 X	5
		POCA			MUCHA	
	Terminología empleada	1	2	3	4	5 X
		TECNICA		COLOQUIAL		
Numero de reiteraciones del mensaje	1	2	3 X	4	5	
	POCAS			MUCHAS		
Uso de lenguaje no verbal	1	2	3	4	5 X	
	POCOS			MUCHOS		
Valores	1	2	3	4 X	5	
	NO SE EVIDENCIA				SE EVIDENCIA	
<b>ANOTACIONES:</b>						
	<p>- Desde un principio se denota la confianza existente entre los voluntarios de la fundación. Cada uno de ellos se apoya mutuamente en el maquillaje que tienen que aplicarse para interpretar a su personaje. Las sonrisas y comentarios graciosos son frecuentes durante esta primera etapa. Ellos aceptan comentarios y opiniones frente al maquillaje que van a usar y también se ayudan cuando cada uno se pone el vestuario que van utilizar durante la terapia.</p> <p>- Este proceso también se presta para que ellos hagan chistes y comentarios graciosos que generan risas de los demás compañeros. Además los gestos constantes no son ajenos al momento. Sin duda, cada uno logra expresar con su mirada el agrado por cada comentario y situación que se presenta durante este tiempo. Entonces, las miradas son también un elemento comunicativo entre ellos que les permite transmitir su agrado por pertenecer al grupo y su emoción por salir a hacer la terapia.</p> <p>- Antes de realizar la terapia realizan un calentamiento emocional y físico que les permite entrar en su personaje. Aquí las dinámicas, los juegos de concentración y los estiramientos son clave para que cada uno pueda interiorizar su personaje y estar listo para la terapia. Pero en este momento también las risas están presente, aunque a veces generan desconcentración. Una vez termina esta etapa cada uno se va a un rincón del salón, se pone de espaldas, cierra los ojos y, durante un minuto aproximadamente, mantienen en silencio. Una vez voltean comienzan a relacionarse con los demás compañeros desde su personaje. Ahí aumentan los gestos, su expresión facial es fundamental para empezar a comunicar con los demás y con las personas que van encontrando a su paso. Antes de llegar a las habitaciones e iniciar su terapia se relacionan con algunos papás, les preguntan cómo están y hacen algunos comentarios graciosos que generan risas entre ellos.</p>					

MÉTODO DE OBSERVACIÓN PARA LOS VOLUNTARIOS DE LA FUNDACIÓN CORAZÓN EN PARCHES

<b>FECHA:</b> 25/08/12	<b>HORA:</b> 2:30 p.m.	<b>LUGAR:</b> Hospital Universitario de Santander	<b>ACTIVIDAD:</b> Antes de la terapia					
<b>IMAGINARIOS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>ESCALA:</b>						
	Frecuencia de experiencias negativas -Gestos	<table border="1"> <tr> <td>1 X</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p><b>POCAS</b> <span style="float: right;"><b>MUCHAS</b></span></p>		1 X	2	3	4	5
	1 X	2	3	4	5			
	Frecuencia de experiencias positivas -Gestos	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4 X</td> <td>5</td> </tr> </table> <p><b>POCAS</b> <span style="float: right;"><b>MUCHAS</b></span></p>		1	2	3	4 X	5
	1	2	3	4 X	5			
Rumores	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p><b>NEGATIVOS</b> Ninguno <span style="float: right;"><b>POSITIVOS</b></span></p>		1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5				
Calificativos asociados al personal médico	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p><b>NEGATIVOS</b> Ninguno <span style="float: right;"><b>POSITIVOS</b></span></p>		1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5				
<b>ANOTACIONES:</b>								
<p>- Durante toda su preparación la relación de los voluntarios fue positiva. Cada uno tuvo contacto con sus demás compañeros y la risa y sus buenos comentarios fueron su principal herramienta para comunicarse. Los chistes también fueron los protagonistas y con su buen humor se prepararon para interpretar su personaje.</p> <p>- En ningún momento se pronunciaron comentarios negativos entre ellos, ni frente al personal de salud, ni padres de familia. En algunos momentos ellos traían a colación a algunos niños del hospital y se expresaban de ellos de una manera positiva y cariñosa.</p>								

MÉTODO DE OBSERVACIÓN PARA LOS VOLUNTARIOS DE LA FUNDACIÓN CORAZÓN EN PARCHES

<b>FECHA:</b> 25/08/12	<b>HORA:</b> 2:30 p.m.	<b>LUGAR:</b> Hospital Universitario de Santander	<b>ACTIVIDAD:</b> Antes de la terapia					
<b>RISA</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>ESCALA:</b>						
	Actitud de los voluntarios	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5 X</td> </tr> </table> <p><b>NEGATIVA</b> <span style="float: right;"><b>POSITIVA</b></span></p>		1	2	3	4	5 X
	1	2	3	4	5 X			
	Variedad de elementos utilizados en la risa	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4 X</td> <td>5</td> </tr> </table> <p><b>POCOS</b> <span style="float: right;"><b>MUCHOS</b></span></p>		1	2	3	4 X	5
	1	2	3	4 X	5			
Cantidad de participación	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4 X</td> <td>5</td> </tr> </table> <p><b>POCA</b> <span style="float: right;"><b>MUCHA</b></span></p>		1	2	3	4 X	5	
1	2	3	4 X	5				
Evidencia de receptividad de la risa	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4 X</td> <td>5</td> </tr> </table> <p><b>POCA</b> <span style="float: right;"><b>MUCHA</b></span></p>		1	2	3	4 X	5	
1	2	3	4 X	5				
<b>ANOTACIONES:</b>								
<p>-Desde que los voluntarios llegan su actitud es positiva. Entre risas, buenos comentarios y gestos se preparan para realizar la terapia. Para esto, también utilizan diversos elementos físicos (juguetes, muñecos) que les permiten interactuar más fácilmente con sus compañeros.</p> <p>- Durante su preparación cada uno estuvo pendiente de prepararse de manera individual, pero también se preocupó por su compañero.</p> <p>- Se notó el liderazgo de uno de los integrantes que dirigió el calentamiento. En esta etapa se notó, en algunos momentos, un poco de distracción de los voluntarios, pero esta situación no dificultó el desarrollo del mismo.</p> <p>- Se percibió gran afinidad entre todos los voluntarios, quienes sin dudarlo hacían comentarios jocosos que generaban risas entre cada uno de ellos.</p>								

MÉTODO DE OBSERVACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD DEL PABELLÓN DE PEDIATRÍA DEL HUS

FECHA: 25 de agosto	HORA: 2:30 pm	LUGAR: Pabellón de pediatría HUS	ACTIVIDAD: Antes la terapia de la risa										
<b>RISA</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>ESCALA</b>											
	Actitud del personal de salud	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">NEGATIVA</td> <td colspan="3">POSITIVA</td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	NEGATIVA		POSITIVA		
	1	2	3	4	5								
	NEGATIVA		POSITIVA										
	Participación en la terapia de la risa / Interacción con los voluntarios de la Fundación Corazón en Parches	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">POCA</td> <td colspan="3">MUCHA</td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	POCA		MUCHA		
	1	2	3	4	5								
POCA		MUCHA											
Receptividad de la terapia de la risa	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">POCA</td> <td colspan="3">MUCHA</td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	POCA		MUCHA			
1	2	3	4	5									
POCA		MUCHA											
Evidencia de receptividad de la risa	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">POCA</td> <td colspan="3">MUCHA</td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	POCA		MUCHA			
1	2	3	4	5									
POCA		MUCHA											
<b>ANOTACIONES:</b>													
<p>-2:50 pm → Hasta el momento no se evidencia risa en el personal de salud de pabellón de pediatría. No se evidencia intercambio de la risa entre el personal de salud y los familiares de los pacientes. Las enfermeras se muestran muy serias, ocupadas con su labor y prestan muy poca atención a los pacientes y sus familiares. Se evidencia risa en los familiares de los pacientes hacia el personal de salud, pero este último es muy poco receptivo y no hace caso a este gesto.</p> <p>Los familiares tratan de entablar una conversación con el personal de salud que entra a la habitación pero este no presta mayor atención. Responden con rapidez y no permiten que fluya una conversación.</p> <p>En el caso de los pacientes, se evidencia cierta receptividad de la risa por parte del personal de salud. Sin embargo esto solo ocurre con algunos de los niños o niñas más activos del pabellón y se da por iniciativa de los mismos niños. (Se registraron dos casos, un niño y una niña con mucha energía). Estos mismos <u>lg</u> buscaban juego a las enfermeras.</p> <p>El personal de salud no interactúa con los integrantes de la fundación, a menos que estos se dirijan específicamente a algunas de las enfermeras, por lo cual no se presenta mayor receptividad de risa en estas últimas.</p>													

MÉTODO DE OBSERVACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD DEL PABELLÓN DE PEDIATRÍA DEL HUS

FECHA: 1 de septiembre	HORA: 9:00 am	LUGAR: Pabellón de pediatría HUS	ACTIVIDAD: Antes de la terapia de la risa										
<b>COMPETENCIAS COMUNICATIVAS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>ESCALA</b>											
	Calidad de los encuentros entre actores -Tiempo	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">MALA</td> <td colspan="3">BUENA</td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	MALA		BUENA		
	1	2	3	4	5								
	MALA		BUENA										
	Interacción entre actores	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">POCA</td> <td colspan="3">MUCHA</td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	POCA		MUCHA		
	1	2	3	4	5								
	POCA		MUCHA										
Terminología empleada	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TÉCNICA</td> <td colspan="3">COLOQUIAL</td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	TÉCNICA		COLOQUIAL			
1	2	3	4	5									
TÉCNICA		COLOQUIAL											
Número de reiteraciones del mensaje	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">POCAS</td> <td colspan="3">MUCHAS</td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	POCAS		MUCHAS			
1	2	3	4	5									
POCAS		MUCHAS											
Uso de lenguaje no verbal	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">POCOS</td> <td colspan="3">MUCHOS</td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	POCOS		MUCHOS			
1	2	3	4	5									
POCOS		MUCHOS											
Valores	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">NO SE EVIDENCIA</td> <td colspan="3">SE EVIDENCIA</td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	NO SE EVIDENCIA		SE EVIDENCIA			
1	2	3	4	5									
NO SE EVIDENCIA		SE EVIDENCIA											
<b>ANOTACIONES:</b>													
<p>Antes de la terapia de la risa: El personal de salud se acerca a los niños y niñas para tomar sus signos vitales y revisar que todo esté en orden. Proceden en forma de juego, de manera muy cariñosa. Les hablan tierno, con un lenguaje muy coloquial y con diminutivos. Los niños se muestran muy receptivos y responden con sonrisas. Las enfermeras inventan juegos con los instrumentos que toman los signos para que los niños se sientan tranquilos y confiados, y no sientan miedo.</p> <p>A diferencia de la visita pasada, el personal de salud se muestra activo, alegre, dispuesto a relacionarse con los pacientes, y a entablar conversaciones con ellos y con algunos de los familiares. A pesar de esto, la comunicación con los familiares no mejora en gran medida en comparación con la visita pasada. Muy diferente a lo que se vio en la visita pasada, esta vez varias enfermeras se acercaban a los niños y niñas y los acariciaban. Los abrazaba y algunas cargaban a los niños y los llevaban un momento por el pabellón.</p> <p>Además de las enfermeras, hoy se hizo presente un camillero en el pabellón de pediatría, en una actitud muy diferente a la de las enfermeras. Muy amable, tanto con los pacientes como con los familiares, juguetón con los niños, y conversador con los familiares de los paciente y con las mismas enfermeras.</p>													



MÉTODO DE OBSERVACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD DEL PABELLÓN DE PEDIATRÍA DEL HUS

<b>FECHA:</b> 1 de septiembre	<b>HORA:</b> 9:00 am	<b>LUGAR:</b> Pabellón de pediatría HUS	<b>ACTIVIDAD:</b> Antes de la terapia de la risa					
<b>IMAGINARIOS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>ESCALA</b>						
	Frecuencia de experiencias negativas -Gestos	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>POCAS MUCHAS</p>		1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5			
	Frecuencia de experiencias positivas -Gestos	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>POCAS MUCHAS</p>		1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5			
	Rumores	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>NEGATIVOS POSITIVOS</p>		1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5			
Calificativos asociados a los voluntarios de la fundación corazón en parches o a la terapia de la risa	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>NEGATIVOS POSITIVOS</p>		1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5				
Calificativos asociados a lo pacientes	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>NEGATIVOS POSITIVOS</p>		1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5				
<b>ANOTACIONES:</b>								
<p>En el pabellón de pediatría, en una señalética ubicada en la entrada del baño exclusivo para paciente se lee "Pacienticos". Esto, sumado a los adjetivos, diminutivos y entonación con la que el personal de salud le habla a los niños y niñas hospitalizados, deja ver que las enfermeras se preocupan por demostrarles afectos y hacer un poco más amena su estadía en el hospital.</p> <p>Esta vez, el personal de salud se mostró más amigable y cariñoso con los pacientes. Se evidenciaron gestos son positivas en diversas ocasiones. Juegos, risas, y conversaciones amigables con los pacientes. Sin embargo sigue fallando la comunicación con los padres y familiares de los pacientes. No hay mucha interacción entre el personal de salud y estos.</p>								

MÉTODO DE OBSERVACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD DEL PABELLÓN DE PEDIATRÍA DEL HUS

<b>FECHA:</b> 1 de noviembre	<b>HORA:</b> 9:00 am	<b>LUGAR:</b> Pabellón de pediatría HUS	<b>ACTIVIDAD:</b> Durante la terapia de la risa					
<b>RISA</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>ESCALA</b>						
	Actitud del personal de salud	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>NEGATIVA POSITIVA</p>		1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5			
	Participación en la terapia de la risa / Interacción con los voluntarios de la Fundación Corazón en Parches	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>POCA MUCHA</p>		1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5			
Receptividad de la terapia de la risa	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>POCA MUCHA</p>		1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5				
Evidencia de receptividad de la risa	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>POCA MUCHA</p>		1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5				
<b>ANOTACIONES:</b>								
<p>A diferencia de la terapia de la risa aplicada anteriormente en horas de la tarde. Esta vez, en la mañana, se evidenció mayor receptividad de la risa por parte del personal de salud. Esto gracias a que las enfermeras se mostraron más abiertas a interactuar con los voluntarios de la fundación, tenía una mejor actitud frente a las actividades que los clowns estaban realizando y la terapia de la risa en general.</p> <p>La actitud del personal de salud fue, en general, muy positiva. Interactuaron con los pacientes y con la fundación. Jugaron e intercambiaron sonrisas con los niños y niñas del pabellón y con algunos de los clowns.</p>								

MÉTODO DE OBSERVACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD DEL PABELLÓN DE PEDIATRÍA DEL HUS

FECHA: 25 de agosto	HORA: 2:30 pm	LUGAR: Pabellón de pediatría HUS	ACTIVIDAD: Antes de la terapia de la risa										
<b>COMPETENCIAS COMUNICATIVAS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>ESCALA</b>											
	Calidad de los encuentros entre actores -Tiempo	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">MALA</td> <td></td> <td></td> <td>BUENA</td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	MALA				BUENA
	1	2	3	4	5								
	MALA				BUENA								
	Interacción entre actores	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">POCA</td> <td></td> <td></td> <td>MUCHA</td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	POCA				MUCHA
	1	2	3	4	5								
	POCA				MUCHA								
	Terminología empleada	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TÉCNICA</td> <td></td> <td></td> <td>COLOQUIAL</td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	TÉCNICA				COLOQUIAL
1	2	3	4	5									
TÉCNICA				COLOQUIAL									
Número de reiteraciones del mensaje	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">POCAS</td> <td></td> <td></td> <td>MUCHAS</td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	POCAS				MUCHAS	
1	2	3	4	5									
POCAS				MUCHAS									
Uso de lenguaje no verbal	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">POCOS</td> <td></td> <td></td> <td>MUCHOS</td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	POCOS				MUCHOS	
1	2	3	4	5									
POCOS				MUCHOS									
Valores	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">NO SE EVIDENCIA</td> <td></td> <td></td> <td>SE EVIDENCIA</td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	NO SE EVIDENCIA				SE EVIDENCIA	
1	2	3	4	5									
NO SE EVIDENCIA				SE EVIDENCIA									
<b>ANOTACIONES:</b>													
<p>La relación del personal de salud con los pacientes se limita revisiones de turno y exámenes de rutina. La enfermera dura aproximadamente cinco minutos en la habitación por paciente. Entra, revisa el suero, a veces habla con el niño o la niña, le pregunta cómo está, cómo se siente y sale de la habitación. No sostienen largas conversaciones, por el contrario, intercambian muy pocas palabras.</p> <p>Y con los padres o familiares de los pacientes la comunicación es aún más reducida, casi nula. Solo hablan cuando quieren preguntar por algún tratamiento o medicamento nuevo, o cuando la enfermera da instrucciones sobre algún procedimiento. La enfermera abandona la habitación del paciente tan pronto como terminar su labor técnica con él.</p> <p>No hay reiteraciones en los mensajes, ya que las enfermeras son muy claras en sus explicaciones y usan un léxico muy coloquial que los padres y familiares logran entender.</p>													

## ANEXO 24. MÉTODO DE OBSERVACIÓN DURANTE DE LA TERAPIA DE LA RISA EN EL PABELLÓN DE PEDIATRÍA DEL HUS

### MÉTODO DE OBSERVACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD DEL PABELLÓN DE PEDIATRÍA DEL HUS

FECHA: 25 de agosto	HORA: 2:30 p.m.	LUGAR: Pabellón de pediatría HUS	ACTIVIDAD: Durante la terapia de la risa										
<b>COMPETENCIAS COMUNICATIVAS</b>	<b>VARIABLES</b>		<b>ESCALA</b>										
	Calidad de los encuentros entre actores -Tiempo		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">MALA</td> <td colspan="3">BUENA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	MALA		BUENA		
	1	2	3	4	5								
	MALA		BUENA										
	Interacción entre actores		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">POCA</td> <td colspan="3">MUCHA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	POCA		MUCHA		
	1	2	3	4	5								
	POCA		MUCHA										
	Terminología empleada		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TÉCNICA</td> <td colspan="3">COLOQUIAL</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	TÉCNICA		COLOQUIAL		
	1	2	3	4	5								
	TÉCNICA		COLOQUIAL										
Número de reiteraciones del mensaje		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">POCAS</td> <td colspan="3">MUCHAS</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	POCAS		MUCHAS			
1	2	3	4	5									
POCAS		MUCHAS											
Uso de lenguaje no verbal		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">POCOS</td> <td colspan="3">MUCHOS</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	POCOS		MUCHOS			
1	2	3	4	5									
POCOS		MUCHOS											
Valores		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">NO SE EVIDENCIA</td> <td colspan="3">SE EVIDENCIA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NO SE EVIDENCIA		SE EVIDENCIA			
1	2	3	4	5									
NO SE EVIDENCIA		SE EVIDENCIA											
<b>ANOTACIONES:</b>													
<p>-Empieza la terapia de la risa, y al ver a los integrantes de la fundación, los niños y niñas y del pabellón se muestran ansiosos por jugar e interactuar con ellos. Los clowns van de habitación en habitación y algunos niños y niñas esperan en la puerta de su habitación por ellos. La actitud de los padres y familiares de los pacientes también cambia casi de inmediato al ver a los clowns.</p> <p>Contrario a lo que pasa con el personal de salud, el cual se muestra muy distante de la terapia de la risa y esquivos con los voluntarios de la fundación. No tienen una actitud muy positiva con los clowns. Algunas enfermeras miran extraño a los clowns (revisan su vestuario, los miran de cabeza a pies y voltean su mirada). Además no se dirigen a ellos, ni con palabras, ni con risas. Solo se registra interacción con ellos cuando un clown se dirige personalmente a alguna enfermera, sin embargo está responde de manera contundente y no deja espacio para una mayor interacción.</p> <p>Por otra parte, el lenguaje corporal que el personal de salud (enfermeras en este caso) tiene con los padres y familiares de los pacientes no es muy positivo → Miradas frías, poco intercambio de sonrisa, pocas miradas, nada de contacto.</p>													

### MÉTODO DE OBSERVACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD DEL PABELLÓN DE PEDIATRÍA DEL HUS

FECHA: 25 de agosto	HORA: 2:30 pm	LUGAR: Pabellón de pediatría HUS	ACTIVIDAD: Durante la terapia de la risa										
<b>IMAGINARIOS</b>	<b>VARIABLES</b>		<b>ESCALA</b>										
	Frecuencia de experiencias negativas -Gestos		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">POCAS</td> <td colspan="3">MUCHAS</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	POCAS		MUCHAS		
	1	2	3	4	5								
	POCAS		MUCHAS										
	Frecuencia de experiencias positivas -Gestos		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">POCAS</td> <td colspan="3">MUCHAS</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	POCAS		MUCHAS		
	1	2	3	4	5								
	POCAS		MUCHAS										
	Rumores		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">NEGATIVOS</td> <td colspan="3">POSITIVOS</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NEGATIVOS		POSITIVOS		
	1	2	3	4	5								
	NEGATIVOS		POSITIVOS										
Calificativos asociados a los voluntarios de la fundación corazón en parches o a la terapia de la risa		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">NEGATIVOS</td> <td colspan="3">POSITIVOS</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NEGATIVOS		POSITIVOS			
1	2	3	4	5									
NEGATIVOS		POSITIVOS											
Calificativos asociados a los pacientes		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">NEGATIVOS</td> <td colspan="3">POSITIVOS</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NEGATIVOS		POSITIVOS			
1	2	3	4	5									
NEGATIVOS		POSITIVOS											
<b>ANOTACIONES:</b>													
<p>A los voluntarios de la fundación corazón en parches se le asocian calificativos como "los payasos esos" – "los payasitos". El primero dicho en broma pero con un tono un tanto despectivo, y el segundo calificativo, "los payasitos", es dicho en un tono más amable y de cariño.</p> <p>Por otra parte, cuando las enfermeras se acercan a los niños y niñas para explicarles algún tratamiento o para revisar sus signos vitales, se refiere a ellos con diminutivos, palabras cariñosas y calificativos positivos. Sin embargo esto no representa una mayor interacción ya que solo sucede cuando en las situaciones anteriormente mencionadas (aplicación de un tratamiento, o revisión de signos vitales).</p> <p>Las enfermeras se refieren muy poco a los voluntarios de la fundación corazón en parches. No tienen conversaciones en torno a estos. Al parecer no les interesa mucho participar de la terapia de la risa, ni tampoco velar por el buen desarrollo de esta misma en el pabellón. Por el contrario, a veces presentan gestos de molestia o incomodidad al sentir que las personas de la fundación puedan estar obstruyendo el pasillo o interfiriendo con las actividades de rutina del personal de salud. Además, son más comunes los gestos negativos que los positivos. Gestos de preocupación, de cansancio. Algunas enfermeras parecen estar de mal genio por la misma situación de los niños con cáncer. Se perciben muy pocos gestos de alegría. Poca risa.</p>													

MÉTODO DE OBSERVACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD DEL PABELLÓN DE PEDIATRÍA DEL HUS

<b>FECHA:</b> 1 de noviembre	<b>HORA:</b> 9:00 am	<b>LUGAR:</b> Pabellón de pediatría HUS	<b>ACTIVIDAD:</b> Durante la terapia de la risa											
<b>RISA</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>ESCALA</b>												
	Actitud del personal de salud	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="3">NEGATIVA</td> <td colspan="2">POSITIVA</td> </tr> </table>			1	2	3	4	5	NEGATIVA			POSITIVA	
	1	2	3	4	5									
	NEGATIVA			POSITIVA										
	Participación en la terapia de la risa / Interacción con los voluntarios de la Fundación Corazón en Parches	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">POCA</td> <td colspan="3">MUCHA</td> </tr> </table>			1	2	3	4	5	POCA		MUCHA		
1	2	3	4	5										
POCA		MUCHA												
Receptividad de la terapia de la risa	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">POCA</td> <td colspan="3">MUCHA</td> </tr> </table>			1	2	3	4	5	POCA		MUCHA			
1	2	3	4	5										
POCA		MUCHA												
Evidencia de receptividad de la risa	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">POCA</td> <td colspan="3">MUCHA</td> </tr> </table>			1	2	3	4	5	POCA		MUCHA			
1	2	3	4	5										
POCA		MUCHA												
<b>ANOTACIONES:</b>														
<p>A diferencia de la terapia de la risa aplicada anteriormente en horas de la tarde. Esta vez, en la mañana, se evidenció mayor receptividad de la risa por parte del personal de salud. Esto gracias a que las enfermeras se mostraron más abiertas a interactuar con los voluntarios de la fundación, tenía una mejor actitud frente a las actividades que los clowns estaban realizando y la terapia de la risa en general.</p> <p>La actitud del personal de salud fue, en general, muy positiva. Interactuaron con los pacientes y con la fundación. Jugaron e intercambiaron sonrisas con los niños y niñas del pabellón y con algunos de los clowns.</p>														

MÉTODO DE OBSERVACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD DEL PABELLÓN DE PEDIATRÍA DEL HUS

<b>FECHA:</b> 25 de agosto	<b>HORA:</b> 2:30 pm	<b>LUGAR:</b> Pabellón de pediatría HUS	<b>ACTIVIDAD:</b> Durante la terapia de la risa											
<b>IMAGINARIOS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>ESCALA</b>												
	Frecuencia de experiencias negativas -Gestos	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">POCAS</td> <td colspan="3">MUCHAS</td> </tr> </table>			1	2	3	4	5	POCAS		MUCHAS		
	1	2	3	4	5									
	POCAS		MUCHAS											
	Frecuencia de experiencias positivas -Gestos	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">POCAS</td> <td colspan="3">MUCHAS</td> </tr> </table>			1	2	3	4	5	POCAS		MUCHAS		
	1	2	3	4	5									
POCAS		MUCHAS												
Rumores	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="3">NEGATIVOS</td> <td colspan="2">POSITIVOS</td> </tr> </table>			1	2	3	4	5	NEGATIVOS			POSITIVOS		
1	2	3	4	5										
NEGATIVOS			POSITIVOS											
Calificativos asociados a los voluntarios de la fundación corazón en parches o a la terapia de la risa	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="3">NEGATIVOS</td> <td colspan="2">POSITIVOS</td> </tr> </table>			1	2	3	4	5	NEGATIVOS			POSITIVOS		
1	2	3	4	5										
NEGATIVOS			POSITIVOS											
Calificativos asociados a los pacientes	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="3">NEGATIVOS</td> <td colspan="2">POSITIVOS</td> </tr> </table>			1	2	3	4	5	NEGATIVOS			POSITIVOS		
1	2	3	4	5										
NEGATIVOS			POSITIVOS											
<b>ANOTACIONES:</b>														
<p>El personal de salud no cambia mucho su actitud durante la terapia de la risa. Se escucha que dice "llegaron los payasitos" es un tono de amabilidad, sin embargo las enfermeras siguen mostrándose reacias a participar de la terapia de la risa o a entablar una comunicación directa con los voluntarios de la fundación. La actitud de las enfermeras con los clowns tiene a ser más negativa que positiva. Tienen gestos un poco de inconformidad por su presencia.</p> <p>Muy pocas enfermeras cambian de actitud con la terapia de la risa. La mayoría sigue en sus labores, como si los clowns no estuvieran en ese momento allí.</p>														

MÉTODO DE OBSERVACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD DEL PABELLÓN DE PEDIATRÍA DEL HUS

FECHA: 25 de agosto	HORA: 2:30 pm	LUGAR: Pabellón de pediatría HUS	ACTIVIDAD: Durante la terapia de la risa										
RISA	<b>VARIABLES</b>	<b>ESCALA</b>											
	Actitud del personal de salud	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">NEGATIVA</td> <td></td> <td></td> <td>POSITIVA</td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	NEGATIVA				POSITIVA
	1	2	3	4	5								
	NEGATIVA				POSITIVA								
	Participación en la terapia de la risa / Interacción con los voluntarios de la Fundación Corazón en Parches	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">POCA</td> <td></td> <td></td> <td>MUCHA</td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	POCA				MUCHA
	1	2	3	4	5								
POCA				MUCHA									
Receptividad de la terapia de la risa	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">POCA</td> <td></td> <td></td> <td>MUCHA</td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	POCA				MUCHA	
1	2	3	4	5									
POCA				MUCHA									
Evidencia de receptividad de la risa	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">POCA</td> <td></td> <td></td> <td>MUCHA</td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	POCA				MUCHA	
1	2	3	4	5									
POCA				MUCHA									
<b>ANOTACIONES:</b>													
<p>A diferencia de los padres y familiares de los pacientes, que se alegran bastante con la llegada de los voluntarios de la fundación, el personal de salud no se anima mucho con su presencia. Su actitud sigue siendo la misma. Se limitan a completar su labor de rutina y se preocupan poco por tener una comunicación más profunda con los pacientes o con sus familiares.</p> <p>El personal de salud solo participa de la terapia de la risa cuando un clown se dirige específicamente a él. Se decir, si lo nombre, o le pregunta algo, de lo contrario las enfermera no gestan ningún vínculo de comunicación con los voluntarios de la comunicación. Esto se ve reflejado en la poca receptividad que hay de la risa. A pesar de que niños y niñas ríen, de que los familiares ríen y que por supuesto algunos clowns están riendo, el personal de salud se muestra serio y algo antipático a la terapia de la risa.</p> <p>A pesar de esto los clowns tratan de integrar a las enfermeras y que hagan parte de la terapia de la risa, sin embargo estas se mantienen al margen de la situación y cortan casi de inmediato cualquier posibilidad de interacción con ellos y sobre todo con la risa.</p>													

MÉTODO DE OBSERVACIÓN PARA LOS VOLUNTARIOS DE LA FUNDACIÓN CORAZÓN EN PARCHES

FECHA: 25/08/12	HORA: 3:15 p.m.	LUGAR: Hospital Universitario de Santander	ACTIVIDAD: Durante la terapia										
COMPETENCIAS COMUNICATIVAS	<b>VARIABLES</b>	<b>ESCALA:</b>											
	Calidad de los encuentros entre actores -Tiempo	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4 X</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">MALA</td> <td></td> <td></td> <td>BUENA</td> </tr> </table>		1	2	3	4 X	5	MALA				BUENA
	1	2	3	4 X	5								
	MALA				BUENA								
	Interacción entre actores	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4 X</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">POCA</td> <td></td> <td></td> <td>MUCHA</td> </tr> </table>		1	2	3	4 X	5	POCA				MUCHA
	1	2	3	4 X	5								
POCA				MUCHA									
Terminología empleada	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5 X</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TÉCNICA</td> <td></td> <td></td> <td>COLOQUIAL</td> </tr> </table>		1	2	3	4	5 X	TÉCNICA				COLOQUIAL	
1	2	3	4	5 X									
TÉCNICA				COLOQUIAL									
Número de reiteraciones del mensaje	<table border="1"> <tr> <td>1 X</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">POCAS</td> <td></td> <td></td> <td>MUCHAS</td> </tr> </table>		1 X	2	3	4	5	POCAS				MUCHAS	
1 X	2	3	4	5									
POCAS				MUCHAS									
Uso de lenguaje no verbal	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5 X</td> </tr> <tr> <td colspan="2">POCOS</td> <td></td> <td></td> <td>MUCHOS</td> </tr> </table>		1	2	3	4	5 X	POCOS				MUCHOS	
1	2	3	4	5 X									
POCOS				MUCHOS									
Valores	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4 X</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">NO SE EVIDENCIA</td> <td></td> <td></td> <td>SE EVIDENCIA</td> </tr> </table>		1	2	3	4 X	5	NO SE EVIDENCIA				SE EVIDENCIA	
1	2	3	4 X	5									
NO SE EVIDENCIA				SE EVIDENCIA									
<b>ANOTACIONES:</b>													
<p>- Cada uno de los voluntarios saluda amablemente a los padres o familiares de los niños. Esta es la primera etapa de la terapia, llegarles a los padres con unas palabras cariñosas y cordiales. Cabe resaltar que algunos voluntarios se centran más en brindar una terapia a los padres donde aprovechan para preguntarles cómo están y brindarles así un apoyo moral.</p> <p>- Los voluntarios siempre saludan de manera amable. Algunos se acercan rápidamente a los niños y comienzan a charlar. Aunque no deben hacerlo, algunos se sientan en la cama y les hablan muy cerca a los niños, especialmente a aquellos que están en una situación delicada. Es tan cercana la relación que forman que parte de ellos le hablan al oído y generan risas en los niños.</p> <p>- Cuando los pacientes son bebés, la terapia va más dirigida a los padres o familiares. Algunos logran llegar tanto a los padres, que hacen que estos se desahoguen, que intenten equilibrar la fuerte carga que tiene tras la enfermedad del niño.</p> <p>- El lenguaje que utilizan es muy sencillo, cariñoso y respetuoso. En ningún momento son distantes a los niños, se involucran de una manera muy cercana con ellos a través de juegos, canciones, bailes y dinámicas a partir de sus personajes.</p> <p>- El lenguaje no verbal juega un papel fundamental. Como los voluntarios usan tapabocas, la expresión de sus ojos es básica para la comunicación con niños y padres. Su mirada se convierte en la principal herramienta de comunicación.</p> <p>- Los voluntarios son respetuosos cuando un niño no quiere recibir terapia, no intentan pasar por encima de ellos y comprenden que el niño no tenga ánimo para participar de ella, aunque siempre lo saludan amablemente y no dejan de demostrarle afecto.</p>													

MÉTODO DE OBSERVACIÓN PARA LOS VOLUNTARIOS DE LA FUNDACIÓN CORAZÓN EN PARCHES

<b>FECHA:</b> 25/08/12	<b>HORA:</b> 3:15 p.m.	<b>LUGAR:</b> Hospital Universitario de Santander	<b>ACTIVIDAD:</b> Durante la terapia			
<b>IMAGINARIOS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>ESCALA:</b>				
	Frecuencia de experiencias negativas -Gestos	1	2 X	3	4	5
		<b>POCAS</b>		<b>MUCHAS</b>		
	Frecuencia de experiencias positivas -Gestos	1	2	3	4 X	5
		<b>POCAS</b>		<b>MUCHAS</b>		
Rumores	1	2 X	3	4	5	
	<b>NEGATIVOS</b>		<b>POSITIVOS</b>			
Calificativos asociados al personal médico	1	2	3	4	5	
	<b>NEGATIVOS</b>		<b>POSITIVOS</b>			
<b>ANOTACIONES:</b>						
<p>- Durante toda la terapia las palabras de afecto, los gestos amables por parte de los talleristas fueron visibles. A su vez, la mayoría de los padres recibieron con agrado la visita de ellos.</p> <p>- Muy pocos los voluntarios sintieron rechazo por parte del personal médico. Todos intentaron acercarse a ellos y brindarles también un poco de afecto a través de sus personajes. Siempre se dirigieron a ellos con respeto y acataron las recomendaciones que les daban.</p>						

MÉTODO DE OBSERVACIÓN PARA LOS VOLUNTARIOS DE LA FUNDACIÓN CORAZÓN EN PARCHES

<b>FECHA:</b> 25/08/12	<b>HORA:</b> 3:15 p.m.	<b>LUGAR:</b> Hospital Universitario de Santander	<b>ACTIVIDAD:</b> Durante la terapia			
<b>RISA</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>ESCALA:</b>				
	Actitud de los voluntarios	1	2	3	4	5 X
		<b>NEGATIVA</b>		<b>POSITIVA</b>		
	Variedad de elementos utilizados en la risa	1	2	3	4 X	5
		<b>POCOS</b>		<b>MUCHOS</b>		
Cantidad de participación	1	2	3	4 X	5	
	<b>POCA</b>		<b>MUCHA</b>			
Evidencia de receptividad de la risa	1	2	3	4 X	5	
	<b>POCA</b>		<b>MUCHA</b>			
<b>ANOTACIONES:</b>						
<p>- Los voluntarios son muy cariñosos con los niños. Intentan acercarse lo más posible. Los juegos y las dinámicas que realizan a través de sus personajes no son su única herramienta. También acuden a las charlas, a hablar con ellos y se interesan por saber cómo se siente, cómo va el tratamiento y si realmente quieren participar de la terapia.</p> <p>- Los juguetes, algo de música y cantos, principalmente, son elementos utilizados por los talleristas en el desarrollo de su terapia. Los colores y cuando bailan llama la atención de los niños.</p> <p>- A pesar del delicado estado de salud de los niños, ellos responden positivamente a la terapia. Algunos son participativos, pero eso depende del estado de salud de cada.</p> <p>- Las risas son constantes tanto en padres, niños y voluntarios. Todos tratan de disfrutar la terapia. Los voluntarios siempre muestran su interés por involucrar a todas las personas que se encuentran en la habitación.</p>						

## ANEXO D

### TABULACIÓN DE RESULTADOS

MARÍA FERNANDA BAYONA ARÉVALO  
NATHALIE ESPINOSA CÁCERES  
MARÍA CONSTANZA JIMÉNEZ JÁCOME  
JESSICA ALEJANDRA PÉREZ OVALLE

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA  
FACULTAD DE COMUNICACIÓN Y ARTES AUDIOVISUALES  
BUCARAMANGA  
2013

## ANEXO E

### FOTOGRAFÍAS

MARÍA FERNANDA BAYONA ARÉVALO  
NATHALIE ESPINOSA CÁCERES  
MARÍA CONSTANZA JIMÉNEZ JÁCOME  
JESSICA ALEJANDRA PÉREZ OVALLE

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA  
FACULTAD DE COMUNICACIÓN Y ARTES AUDIOVISUALES  
BUCARAMANGA  
2013









## BIBLIOGRAFIA

AGUIRRE, R. D. (2005). *Reflexiones acerca de la competencia comunicativa*. Obtenido de Scielo: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412005000300004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412005000300004&lng=es&nrm=iso)

ALCALAY, R. (s.f.). *La comunicación para la salud como disciplina en las universidades estadounidenses*. Recuperado el 11 de febrero de 2012, de Scielo: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v5n3/top192.pdf>

ALCINA, M. A. (s.f.). *El español como lengua de la ciencia y de la medicina, lengua y variedades de uso*. Recuperado el junio de 2001, de Medtrad.org: [http://medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n4\\_EspLenguaCiencia.pdf](http://medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n4_EspLenguaCiencia.pdf)

ALSINA, M. R. (1999). *La comunicación intercultural*. Barcelona, España: Antropos.

ALVERDES, F. (1932). *Die Tierpsychologie in ihren Beziehungen zur Psychologie der Menschen*. Recuperado el 18 de octubre de 2011, de Vereda.saber.ula.ve: [http://vereda.saber.ula.ve/jonuelbrigue/origen\\_lenguaje.pdf](http://vereda.saber.ula.ve/jonuelbrigue/origen_lenguaje.pdf)

ARCE, M. d., & Cibanal, L. (2009). *La relación enfermera-paciente*. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.

ARELLANO, E. C. (s.f.). *La estrategia de comunicación como un principio de integración/interacción dentro de las organizaciones*. Recuperado el 19 de marzo de 2013, de Razón y Palabra: <http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/supesp/estrategia.htm>

BAEZA, M. (s.f.). *¿Qué son los imaginarios?* Recuperado el 30 de octubre de 2011, de Policontexturas.blogspot.com: <http://policontexturas.blogspot.com/2008/09/qu-son-los-imaginarios.html>

BEJARANO, F. G. (2009). Los juguetes como recurso didáctico. *Cuadernos de educación y desarrollo*, 1 (3).

BELÁUSTEGUI, G. D. (2010). *Representaciones Interpersonales. Imágenes y huellas del self*. Buenos Aires, Argentina: Universidad Católica de Argentina.

BENNETT, M. P., & Lengacher, C. (s.f.). *El humor y la risa pueden influenciar en la salud*. Obtenido de ISMET.

BOHÓRQUEZ, F. (s.f.). *El diálogo como mediador de la relación médico-paciente*. Recuperado el 20 de marzo de 2012, de Revista eiRed: <http://revista.iered.org>

BREA, J. L. (2010). *Las tres eras de la imagen. Imagen-Materia, Film, E-image*. Madrid, España: Akal S.A.

CARBELO, B. B. (2005). *El humor en la relación con el paciente. Una guía para profesionales de la salud*. Barcelona, España: Masson.

CARRIÓN, J. M. (2007). *Estrategia de la visión a la acción* (2 ed.). Madrid, España: Esic.

CASTELLANOS, C. A. (s.f.). *La competencia comunicativa*. Recuperado el 24 de abril de 2013, de Aprende en línea : <http://aprendeonline.udea.edu.co/boa/contenidos.php/cb10887d80142488399661377b684b60/511/1/contenido/capitulos/Unidad11CompetenciaComunicativa.PDF>

CASTELLÓN, D. d. (s.f.). *El español como lenguaje de la ciencia y de la medicina*. Recuperado el 20 de marzo de 2012, de Medtrad.org: [http://medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n4\\_EspLenguaCiencia.pdf](http://medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n4_EspLenguaCiencia.pdf)

CASTORINA, J. A. (2003) *Representaciones sociales*. Barcelona, España: Gedisa.

CASTRO, M. (s.f.). *La terapia de la risa, un estímulo que genera bienestar*. Recuperado el 8 de abril de 2013, de LaPatria: <http://www.lapatria.com/nacional/la-terapia-de-la-risa-un-estimulo-que-genera-bienestar-27669>

CEA-NAHARRO, J. L. (s.f.). *Orden social e imaginarios sociales*. Recuperado el 30 de octubre de 2011, de Raco : <http://www.raco.cat/index.php/papers/article/viewFile/25267/58550>

CESTERO, A. M. (2006). La comunicación no verbal y el estudio de su incidencia en fenómenos discursivos como la ironía. *La comunicación no verbal y su estudio*. Universidad de Alcalá.

Cleary, T. (2006). *El arte de la guerra Sun Tzu* . (M. V. Alonso, Trad.) Madrid, España: EDAF.

CLÈREIS, C. X., BORREL, C., F. & MARTÍNEZ, J. C. (s.f.). *Aspectos comunicacionales: el reto de la competencia de la profesión* . Recuperado el 26 de febrero de 2012, de Telefónica : [http://www.telefonica.net/web2/fborrell/comuisa/comunicacion%20en%20espa%F1a\\_2003.pdf](http://www.telefonica.net/web2/fborrell/comuisa/comunicacion%20en%20espa%F1a_2003.pdf)

COSTA, J. (1999). *La comunicación en acción. Informe sobre la nueva cultura de la gestión*. Barcelona, España: Paídos.

CUESTA, U., UGARTE, A., & MENÉNDEZ, T. (s.f.). *Comunicación y salud: avances en modelos y estrategias de intervención*. Obtenido de Madrid Salud : <http://www.madridsalud.es/publicaciones/OtrasPublicaciones/ComunicacionySaludAvances.pdf#page=19>

DEFENSA, A. S. (s.f.). *Capacitación* . Recuperado el 15 de marzo de 2013, de Asodefensa : [http://www.asodefensa.org/portal/?page\\_id=4](http://www.asodefensa.org/portal/?page_id=4)

DEHESA, G. (s.f.). *Acerca de la identidad*. Recuperado el 13 de agosto de 2012, de <http://.125.113.132/search?q=cache:oc8qtkj4QcJ:es.shvoong.com/humanities/730880-cual-es-nuestra-identidad+características+identidad&cd=&hl=es&ct=clnk&g=pe>,

DELGADO, M. V. (1999). *Técnicas de comunicación oral*. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

*Derechos del niño hospitalizado y de sus padres*. (s.f.). Recuperado el 26 de abril de 2012, de Bebés y más : <http://www.bebesymas.com/salud-infantil/derechos-del-nino-hospitalizado-y-de-sus-padres>

DUARTE, J. D. (s.f.). *Ambientes de aprendizaje, una aproximación conceptual. Una noción diversa y compleja*. Recuperado el 16 de marzo de 2013, de <http://www.rieoei.org/deloslectores/524Duarte.PDF>

ELÍAS, J. (2006). *Guía práctica de risoterapia*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, Madrid.

*El interaccionismo simbólico*. (s.f.). Recuperado el 5 de noviembre de 2011, de Sapiens ya : <http://sapiens.ya.com/metcualum/mella1998is.pdf>

ESTEBAN, C. B. (2007). *Perspectivas sobre el desarrollo psicológico: teoría y prácticas*. Madrid, España: Pirámide.

FAJARNÉS, J. L. (2008). *De la simpatía ilustrada a la solidaridad en el mundo globalizado*. Recuperado el 5 de marzo de 2013, de Jose Luis Pozo: [http://joseluispozo.com/simpatia\\_.pdf](http://joseluispozo.com/simpatia_.pdf)

FERNÁNDEZ, A. S. (2008). *Anatomía de la persuasión* (2 ed.). Madrid, España: Esic.

FERRÉ, J. M., & Ferré, J. N. (1996). Políticas y estrategias de comunicación y publicidad. Cómo gestionar la comunicación global de la empresa y diseñar una campaña de publicidad. *Guías prácticas de marketing, prontuarios y checo lists* (4).

FERNÁNDEZ, R. C. (s.f.). *La entrevista en la investigación cualitativa* . Recuperado el 10 de mayo de 2012, de Universidad de Costa Rica UCR: [http://www.so.ucr.ac.cr/Coordinaciones/Investigacion/Revistas/Revista%203/003\\_capitulo\\_2.pdf](http://www.so.ucr.ac.cr/Coordinaciones/Investigacion/Revistas/Revista%203/003_capitulo_2.pdf)

FESTINGER, L., & Katz, D. (1972). *Los métodos de investigación en las ciencias sociales*. España: Paidós.

FRÉDERIC, F., Buysens, B. M., Prieto, L. J., & Guirau, P. (1977). *El lenguaje. La comunicación*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Cisión.

*Fundación Doctora Clown*. (s.f.). Recuperado el 20 de octubre de 2011, de [www.doctoraclown.org](http://www.doctoraclown.org)

GALVEZ, I. d., Dios, M. A., & Peralta, L. I. (2008). *Cuidados enfermeros al paciente oncológico*. Málaga, España: Vértice.

GARCÍA, M. G. (s.f.). *Comunicación y relaciones interpersonales*. Recuperado el 5 de marzo de 2013, de Tendencias Pedagógicas: [http://www.tendenciaspedagogicas.com/Articulos/1996\\_02\\_01.pdf](http://www.tendenciaspedagogicas.com/Articulos/1996_02_01.pdf)

GARCÍA, M. V., SÁNCHEZ, J. H., & LARA, B. L. (s.f.). *Procesos y necesidades de desarrollo durante la infancia*. Recuperado el 13 de marzo de 2013, de Arias Montano: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/2150/b1548001x.pdf?sequence=1>

GARRIDO, L. V. (s.f.). *Habermas y la teoría de la acción comunicativa*. Recuperado el 12 de marzo de 2013, de Razón y Palabra: [http://www.razonypalabra.org.mx/N/N75/ultimas/38\\_Garrido\\_M75.pdf](http://www.razonypalabra.org.mx/N/N75/ultimas/38_Garrido_M75.pdf)

GIRÓN, M. S., & Vallejo, M. A. (1992). *Producción e interpretación textual*. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.

GONZÁLEZ, M. I., & Maldonado, M. D. (2005). *Diseño de un sistema de rutas dentro de imagina, Museo Interactivo Puebla, que promueva diferentes niveles de aprendizaje*. Recuperado el 2 de marzo de 2013, de Colección de Tesis Digitales UDLAP: [http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/ldf/gonzalez\\_a\\_mi/capitulo1.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/ldf/gonzalez_a_mi/capitulo1.pdf)

GONZÁLEZ, G. (1997). *¿Cómo hacer una tesis?* Méxco D.F, México: Grijalbo.  
Guerrero, J. B. (1950). *El origen del lenguaje*. Recuperado el 18 de octubre de 2011, de Vereda: [http://vereda.saber.ula.ve/jonuelbrigue/origen\\_lenguaje.pdf](http://vereda.saber.ula.ve/jonuelbrigue/origen_lenguaje.pdf)

HABERMAS, J. (1990). *Teoría de la acción comunicativa II*. Buenos Aires, Argentina: Tarus.

HEIDEGGER, M. (1988). *La constitución onto-teo-lógica de la metafísica* (Bilingüe de Arturo Leyte ed.). (H. Cortés, & A. Leyte, Trads.) Barcelona, España: Anthropos.

HELER, M. (2007). *Jürgen Habermas y el proyecto moderno*. Buenos Aires, Argentina: Biblos.

HERNÁNDEZ, T., Fernández, M. O., Irigoyen, C., & Hernández, M. H. (2006). *Importancia de la comunicación médico paciente en medicina familiar* (Vol. 8). México : Universidad Nacional Autónoma de México.

HERNÁNDEZ-VARGAS, C. I., DICKINSON, M. E., & ORTEGA, M. Á. (s.f.). *El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos*. Recuperado el 24 de marzo de 2013, de e-journal: /www.ejournal.unam.mx/rfm/no51-1/RFM051000102.pdf

HERRERO, J. (s.f.). *La teoría del estereotipo aplicado a un campo de la fraseología: las locuciones francesas y españolas*. (Universidad de Castilla – La Mancha) Recuperado el 10 de marzo de 2013, de Universidad Complutense de Madrid: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/especulo/numero32/teoreste.html>

HILL, M. G. (s.f.). *Estrés y ansiedad*. Recuperado el 22 de febrero de 2012, de Mc Graw Hill: [www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448176391.pdf](http://www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448176391.pdf)

JAMES, W. (2009). *Un universo pluralista* . Buenos Aires, Argentina: Cactus.

JIMÉNEZ, B. M., González, J. L., & GARROSA, E. (2001). *Desgaste profesional (Burnout), personalidad y salud percibida*. Recuperado el 24 de marzo de 2013, de Universidad Autónoma de Madrid: <http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Desgaste%20profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf>

JIMÉNEZ, J. (1986). *Competencia lingüística y competencia comunicativa* . Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.

JORQUES, D. J. (2004). *Comunicación y Lenguaje*. Valencia, España: Guarda Impresoras.

LOMAS, C., Osoro, A., & TUSÓN, A. (1993). *Ciencias del lenguaje, competencia comunicativa y enseñanza de la lengua* . Barcelona, España: Paidós.

LOZADA, C., & NEIRA, M. N. (s.f.). *Impacto psicosocial de la Terapia de la Risa en menores portadores de VIH SIDA*. (F. D. Clown, Dirección) Bogotá, Colombia.

LOZANO, A. M. (s.f.). *El modelo behaviorista de objetivos en la planeación del currículo; algunas limitaciones para la tarea educativa* . Recuperado el 25 de noviembre de 2011, de Anuiés: [http://www.anuiés.mx/servicios/p\\_anuiés/publicaciones/revsup/res053/txt4.htm](http://www.anuiés.mx/servicios/p_anuiés/publicaciones/revsup/res053/txt4.htm)

LÓPEZ, N. C. (2011). *Las relaciones interpersonales como factor determinante de la comunicación*. Recuperado el marzo de 5 de 2013, de Universidad Panamericana de Guatemala : [http://upana.edu.gt/web/upana/tesis-educacion/doc\\_view/901-t-e2-209-1864](http://upana.edu.gt/web/upana/tesis-educacion/doc_view/901-t-e2-209-1864)



MALDONADO, C. S. (2009). *La importancia de la capacitación* . Recuperado el 13 de marzo de 2013, de Aptitus : <http://aptitus.clasificados.pe/blog/capacitacion/entrevista-a-la-sra-cecilia-maldonado-sebastiani-gerente-de-recursos-humanos-de-nextel-del-peru/>

MALDONADO, I. P., PÉREZ, M. I., & UZCÁTEGUI, S. B. (2006). *Clima organizacional y generencia: Inductores del cambio organizacional*. Recuperado el 15 de marzo de 2013, de Oficina de Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>

MARC, E., & PICARD, D. (1992). *La interacción social. Cultura, instituciones y comunicación*. Barcelona , España : Paídos.

MARTÍNEZ, J. D. (2008). *La entrevista como instrumento de investigación*. Recuperado el 4 de mayo de 2012, de Periodismo Universidad Andrés Bello : [http://comunicacion.unab.cl/pdf/apuntes\\_entrevista\\_raul\\_pizarro.pdf](http://comunicacion.unab.cl/pdf/apuntes_entrevista_raul_pizarro.pdf)

Medicina, C. G. (2003). *Los médicos del mañana (Tomorrow's doctors)*. Recuperado el 26 de abril de 2012, de Universidad de la Laguna: [http://www.medicina.ull.es/aulavirtual/file.php/1/EEES/Documentos\\_Internacionales/4.\\_Los\\_medicos\\_del\\_manana.pdf](http://www.medicina.ull.es/aulavirtual/file.php/1/EEES/Documentos_Internacionales/4._Los_medicos_del_manana.pdf)

MILLER, G. (1979). *Lenguaje y comunicación*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores .

MIQUEL, R. (s.f.). *Modelos de la comunicación*. Recuperado el 3 de noviembre de 2011, de PortalComunicació.com : [http://www.portalcomunicacio.org/uploads/pdf/20\\_esp.pdf](http://www.portalcomunicacio.org/uploads/pdf/20_esp.pdf)

MORA, R. R., & R., M. C. (1997). *El valor terapéutico de la risa en la medicina*. Barcelona, España: REIR.

MOSQUERA, M. (2003). *Comunicación en salud: Conceptos, teorías y experiencias*. Recuperado el 24 de mayo de 2012, de PortalComunicació.com: [http://www.portalcomunicacion.com/obregon/pdf/Mosquera\\_2003.pdf](http://www.portalcomunicacion.com/obregon/pdf/Mosquera_2003.pdf)

Nacional, M. d. (s.f.). *¿Qué son las competencias comunicativas?* . Recuperado el 22 de abril de 2013, de Colombia aprende: <http://www.colombiaprende.edu.co/html/competencias/1746/w3-article-243909.html>

NIETO, S. A. (2001). *Una aproximación psicosocial al estudio de las competencias*. Recuperado el 21 de febrero de 2013, de Dialnet: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=209924>

NOVARA, D., & PASSERINI, E. (2005). *150 actividades para conocerse, comunicarse y aprender de los conflictos* (4 ed.). Madrid, España: Narcea S.A.

NIÑO, V. M. (1985). *Los procesos de comunicación y del lenguaje* . Bogotá, Colombia: Ecoe.

PADILLA, X. A. (2007). *La comunicación no verbal*. Madrid, España: Liceus.

Parches, F. C. (s.f.). Recuperado el 20 de octubre de 2011, de Fundación Corazón en Parches: <http://corazonenparches.blogspot.com/p/que-es-fcp.html>

País, D. E. (s.f.). *Definición Inconforme*. Recuperado el 2 de marzo de 2013, de El País : <http://servicios.elpais.com/diccionarios/castellano/inconforme>>

Pediatría, S. C. (2004). *Declaración de los derechos de los niños hospitalizados*. Recuperado el 13 de marzo de 2013, de Sociedad Colombiana de Pediatría : <http://www.scp.com.co/ArchivosSCP/PediatrasyDerechos/Declaracion.pdf>

PEREIRA, J. M. (2012). *Comunicación, desarrollo y promoción de la salud: Enfoques, balances y desafíos*. Recuperado el 10 de marzo de 2012, de La iniciativa de comunicación: <http://www.comminit.com/la/node/149881>

PERNER, J. (1992). *Understanding the representational mind* . (M. I. Technology, Ed., & M. Galmarini, Trad.) Madrid, España : Paídos.

PIDDINGTON, R. (1969). *Psicología de la Risa* . Buenos Aires, Argentina: La Playade.

*Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud: Conferencia Sanitaria Internacional* . (20 de marzo de 2012). Nueva York , Estados Unidos.

PÉREZ, C. D. (2011). *Módulo Institucional: Ambiente de Hospital*. (College, Ed.) Recuperado el 23 de octubre de 2011, de EDIC college: <http://www.ediccollege.com/pdf/EducacionContinuaPDF/Ambiente%20de%20Hospital.pdf>

R, R. M., & García, M. C. *El valor terapéutico de la risa en la medicina*. Barcelona, España: Red Española de Investigación en Ciencias de la Risa.

RAMOS, J., SUSANIBAR, C., Christian, R., & BALAREZO, G. (2004). Risoterapia: Un nuevo campo para los profesionales de salud. . *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*.

REGIS, S. (2007). *Reflexiones sobre las prácticas de comunicación en el campo de la salud*. Recuperado el 25 de febrero de 2012, de Facultad de Periodismo y Comunicación Social - Universidad Nacional de la Plata: <http://www.perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/view/331/264>

RINCÓN, C. A. (s.f.). *La competencia comunicativa*. Recuperado el abril de 24 de 2013, de Aprende en línea :

<http://aprendeonline.udea.edu.co/boa/contenidos.php/cb10887d80142488399661377b684b60/511/1/contenido/capitulos/Unidad11CompetenciaComunicativa.PDF>

RISA, R. E. *Organización Mundial de la Risa*. Barcelona, España: Escuela Salud Inteligente.

RITTER, M. (s.f.). *El rumor: Un análisis epistemológico*. Recuperado el 14 de marzo de 2013, de [http://ritterandpartners.median-webstudio.de/es/documentos/El\\_rumor\\_Un\\_analisis\\_epistemolgico.pdf](http://ritterandpartners.median-webstudio.de/es/documentos/El_rumor_Un_analisis_epistemolgico.pdf)

RODRIGUEZ, J. E. (2004). *Enfermería sin contornos*. Recuperado el 14 de febrero de 2012, de <http://www.index-f.com/evidentia/n1/20articulo.php>

ROSER, A. (s.f.). *La risa de la fortuna*. Recuperado el 18 de abril de 2013, de La risa de la fortuna : [larisadefortuna.blogspot.com/2012/07/llevas-minutos-leyendo-este-mensaje\\_8171.html](http://larisadefortuna.blogspot.com/2012/07/llevas-minutos-leyendo-este-mensaje_8171.html)

RULICKI, S. (2007). *Comunicación no verbal. Cómo la inteligencia emocional se expresa a través de los gestos*. Buenos Aires, Argentina: Granica S.A.

RUÍZ, Ó. D. (2006). *Competencias comunicativas: proponer y argumetar*. Recuperado el 2 de mayo de 2012, de Site ebrary : <http://site.ebrary.com/lib/biblioredsp/Doc?id=10154633&ppg=27>

RÍOS, I. H. *Comunicación en Salud: Conceptos y modelos teóricos . Perspectivas de la comunicación*, 4 (1).

SALAZAR, J. M., Montero, M., Muñoz, C., Sánchez, E., Santoro, E., & Villegas, J. (1979). *Psicología Social. Valores y motivaciones sociales*. México D.F, México : Trillas.

Salud, M. d., Comunicación, M. d., & Social, D. d. (1999). *Comunicación para la salud. Lineamientos generales*. Santa fé de Bogota, Colombia: Dirección General de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

SÁNCHEZ, E. (s.f.). *La definición de participación*. Recuperado el 19 de marzo de 2013, de Portal ABC Buenos Aires : <http://servicios.abc.gov.ar/lainstitucion/sistemaeducativo/psicologiaase/jornadacapacitacion/participacion.pdf>.

Santoro, E. (1986). *Efectos de la comunicación* (1 ed.). Quito, Ecuador: Ciespal.

SATIR, V. G. (s.f.). *Definición de la relación*. Recuperado el 14 de marzo de 2013, de Good Therapy.org : <http://www.goodtherapy.org/satir-transformational-systemic-therapy.html>

SERRANO, M. I. (2002). *La educación para la salud del siglo XXI: comunicación y salud*. Segovia, España: Aleiza.

SERRANO, R. (s.f.). *El hermano mayor: payaso o bufón*. Recuperado el 18 de abril de 2013, de El Telégrafo: <http://www.telegrafo.com.ec/opinion/cartas-al-director/item/el-hermano-mayor-payaso-o-bufon.html>

SILVA, V. P. (s.f.). *Inmediaciones de la comunicación*. (E. d. Uruguay, Ed.) Recuperado el 18 de febrero de 2012, de Universidad ORT Uruguay: <http://www.ort.edu.uy/fcd/pdf/InmediacionesIII.pdf#page=118>

SOLANO, S. C. (1985). *Diccionario enciclopédico de educación especial* (Vol. 2). México: Trillas.

SOTERAS, A. (2012). *Los médicos de familia sufren el síndrome de desgaste profesional*. Recuperado el 19 de marzo de 2013, de EFE Salud: <http://www.efesalud.com/noticias/los-medicos-de-familia-sufren-el-sindrome-de-desgaste-profesional/>

SPITZER, P. (2006). *Essay Hospital Clowns-Modern-day court jesters at work* (Vol. 368). Lancet.

STRAUSS, A. (2004). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.

SURÍA, R. (2010). *Esterotipos y prejuicios. Teoría sobre el origen de los esterotipos*. Recuperado el 10 de marzo de 2013, de RUA: <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/14289/1/TEMA%205.%20ESTEROTIPOS%20Y%20PREJUICIOS..pdf>

TERRON, J. L. El estado de la comunicación y la salud en España. *ECO-PÓS*, 10 (1).

TUFTE, T. (2006). *La comunicación y la salud en un contexto globalizado: situación, logros y retos*. (FISEC, Trad.) Argentina: Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Lomas de Zamora.

URBINA, C., POSADA, J. C., ORTIZ, D., & BOHÓRQUEZ, M. (2011). *La danza, estrategia comunicativa que posibilita nuevos imaginarios de representación social*. Bucaramanga, Colombia: Universidad Autónoma de Bucaramanga.

VARGAS, C. A. (s.f.). *Concepto médico, psiquiátrico y psicológico del miedo*. Recuperado el 10 de marzo de 2013, de sisbib.ummsm.edu.pe: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/human/paredes\\_v\\_c/cap\\_3.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/human/paredes_v_c/cap_3.pdf)