

Enero-junio  
I.S.S.N.: 0304-5072

CUARTA ÉPOCA  
Volumen XXIV No 62  
2006

# REVISTA IBEROAMERICANA DE REHABILITACIÓN MÉDICA



*Revista Independiente de Rehabilitación Médica.  
Fundada en 1965*

***Director Fundador***

Dr. R. González Mas

***Comité Editorial***

Dr. D.C. Davies

Dr. S. Hernández Conesa

Dr. R. González Fernández

Dra. M<sup>a</sup> M. de Mello Spósito

Colombia

España

Perú

Brasil

***Comité Científico***

Dra. M<sup>a</sup>. Moreira Arriagada

Dra. J. Muñoz Patón

Dr. R. Orozco Delclós

Dr. S. Sampedro Santos

Venezuela

España

Ecuador

Mexico

---

Editada por la **ASOCIACION IBEROAMERICANA DE REHABILITACIÓN DE INVALIDOS**

Correspondencia: Apartado 3.011. 28080 Madrid (España)

Depósito legal: M.4.836 - 1965

**COLABORAN EN ESTE NUMERO**

**Rafael González Fernández** Universidad Complutense. Madrid. España

## **EDITORIAL**

---

El campo de las Ciencias de la Salud cada vez abarca nuevas disciplinas e interrelaciones entre ellas. La Rehabilitación, tradicionalmente, ha sido pionera en el establecimiento de acciones pluriprofesionales, para la neutralización de las discapacidades personales y de las modificaciones ecológicas y sociales pertinentes en el entorno de todos aquellos que puedan sufrir patologías múltiples o sus consecuencias. Este objetivo sigue teniendo actualmente plena vigencia conceptual y demanda nuevas aportaciones doctrinales.

La enfermedad siempre ha tenido dimensiones sociales profundas, especialmente en la medida que podía ser fuente de estigmatización para el que la padecía o incluso sus allegados. Los abordajes sociológicos del enfermar deben ir mucho más allá de los enfoques meramente asistenciales y plantear premisas convivenciales de aceptación e integración plenas, en modo alguno de segregación grupal bajo el falso pretexto de mejor calidad asistencial. Ello tiene actualmente entre nosotros especial relieve en lo que se refiere a determinados colectivos, como son los ancianos. Conceptos clásicos como la Medicina al servicio de la persona, de honda raigambre humanística, deben ser retomados y para ello es imprescindible la investigación sociológica sistemática sobre los colectivos afectados de las diversas patologías, sobre las relaciones grupales entre los afectados y el resto de los componentes de las redes sociales en las que se inscriben y, evidentemente de los lugares de encuentro asistencial o de mera promoción sanitaria, ya sean nosocomiales o ambulantes.

# **Interacción y mecanismos de influencia en el contexto hospitalario. Algunas perspectivas psicosociológicas**

**Rafael González Fernández**

Departamento Interfacultativo de Psicología Social. Universidad Complutense.  
Madrid. España. ragonfer@cps.ucm.es

## **LA EXPERIENCIA DE LA HOSPITALIZACIÓN**

La sociología funcionalista de mediados del pasado siglo, acaudillada por Talcott Parsons, describió un tipo ideal de rol de enfermo caracterizado por una absoluta pasividad y obediencia respecto al rol de médico, pasividad y obediencia que se hacía extensible a los enfermos hospitalizados (Parsons, 1966). Años después, en 1975 Volicer y Bohannon confeccionaron una lista de sucesos y situaciones relacionadas con el impacto de la hospitalización, clasificándolas del 1 al 49 de acuerdo con el grado de estrés padecido por el paciente. Dicho estrés, tal y como puede comprobarse en la lista en cuestión, proporcionada por Kendall (1987), está directamente relacionado con la incertidumbre y las carencias informativas en que su situación suele mantenerle:

- 1)-Que haya personas desconocidas durmiendo en la misma habitación.
- 2)-Tener que comer a horas distintas de las habituales.
- 3)-Tener que dormir en una cama distinta de la habitual.
- 4)-Tener que llevar la bata del hospital.
- 5)-Tener aparatos extraños alrededor.
- 6)-Ser despertado durante la noche por la enfermera.
- 7)-Tener que recibir ayuda para poder lavarse.
- 8)-No poder recibir periódicos, oír la radio o ver la televisión cuando se desea.
- 9)-Tener un compañero de habitación que tiene demasiadas visitas.

- 10)-Tener que permanecer en la cama o en la misma habitación todo el día.
- 11)-Sentir olores extraños alrededor.
- 12)-Tener un compañero de habitación gravemente enfermo o que no puede .
- 13)-Tener que recibir ayuda para utilizar el orinal.
- 14)-Tener un compañero de habitación que es desagradable.
- 15)-Que los amigos no te visiten.
- 16)-Estar en una habitación en la que hace demasiado frío o demasiado calor.
- 17)-Pensar que tu apariencia física puede haber cambiado después de la hospitalización.
- 18)-Estar en el hospital durante las vacaciones o en fechas señaladas para la familia.
- 19)-Pensar que puedes sufrir dolores debido a la cirugía o a los análisis.
- 20)-Preocuparse por estar separado del cónyuge.
- 21)-Tener que comer comida fría o desabrida.
- 22)-No poder llamar a la familia o a los amigos por teléfono.
- 23)-Recibir cuidados de un médico desconocido.
- 24)-Ir al hospital a causa de un accidente.
- 25)-No saber cuándo van a hacerle cosas a uno.
- 26)-Ver que el personal sanitario está apurado.
- 27)-Pensar que va a perder dinero a causa de la enfermedad.
- 28)-Tener que tomar medicación que provoque malestar.
- 29)-Que los médicos o las enfermeras hablen muy deprisa o utilicen palabras que uno no puede entender.
- 30)-Sentir que se es dependiente de la medicación.
- 31)-Que la familia no te visite.
- 32)-Saber que hay que someterse a una operación.
- 33)-Estar hospitalizado lejos del hogar.
- 34)-Ser hospitalizado repentinamente cuando no se esperaba.
- 35)-Que no respondan al botón de llamada.
- 36)-Que el seguro no cubra la hospitalización.
- 37)-Que el personal no responda a las preguntas.

- 38)-Echar de menos al cónyuge.
- 39)-Ser alimentado mediante tubos.
- 40)-No obtener alivio de la medicación contra el dolor.
- 41)-No conocer el resultado o motivos del tratamiento.
- 42)-No recibir medicación contra el dolor cuando se necesita.
- 43)-No saber con seguridad qué enfermedad se padece.
- 44)-Que no le digan a uno su diagnóstico.
- 45)-Pensar que podría perder la audición.
- 46)-Saber que se padece una enfermedad grave.
- 47)-Pensar que se podría perder un riñón o algún otro órgano.
- 48)-Pensar que podría tener un cáncer.
- 49)-Pensar que podría perder la vista.

Efectivamente, y de acuerdo con la hipótesis original de los investigadores, los sucesos más estresantes, situados al final de la lista, tienen que ver con falta de información a nivel técnico (como no conocer el diagnóstico y los resultados del tratamiento) así como con peligros y temores imaginados por desconocerse las consecuencias más o menos previsibles de la enfermedad que ha motivado la hospitalización. El estrés procedente de las carencias informativas supera incluso a los aspectos relacionados con la falta de comodidad y de espacio íntimo en la habitación (que suelen ser los aspectos que más teme la gente antes de ser hospitalizada) y que aparecen en los primeros puestos de la lista. Destacan también la incomunicación que se produce con los profesionales sanitarios (a los que muchas veces no se entiende) y el desarraigo con respecto al hogar, la familia, el trabajo y los amigos que configuran el universo convivencial de la vida cotidiana. Precisamente por esta razón, tras experimentar una estancia en el hospital lo suficientemente prolongada, puede producirse lo que Gruenberg (1967) denominase como social breakdown syndrome (síndrome de ruptura social) una forma adulta de hospitalismo presidido por la apatía y la asunción de roles dependientes característicos del enfermo etiquetado como "buen paciente".

Diez años antes del trabajo de Volicer y Bohannon, en 1964, el *New England Journal of Medicine* publicó un breve artículo firmado por Egbert, Battit, Welch y Bartlett, en el que se daba cuenta de un curioso experimento natural realizado con un grupo de pacientes que habían sufrido intervenciones quirúrgicas en el abdomen, después de que a la mitad de ellos el anestesista les informase acerca de las características de la operación y las vicisitudes y molestias que habrían de padecer durante el postoperatorio. De acuerdo con la hipótesis de los investigadores, los resultados demostraron claramente que los pacientes informados no sólo soportaban mucho mejor las consecuencias desagradables de su intervención quirúrgica (solicitando, por ejemplo, menos cantidades de analgésicos) sino que además el tiempo de recuperación se acortaba en dos o tres días con respecto al grupo de control constituido por los pacientes no informados.

En el mismo año, Hoge (1964) demostró la importancia que para la mejoría de los pacientes crónicos hospitalizados posee la posibilidad de que los mismos puedan participar, junto con el equipo médico, en la organización de las actividades rutinarias de la vida cotidiana. También en el ámbito de la institución psiquiátrica, la eficacia de mantener de manera fluida y transparente continuas comunicaciones informales entre el personal sanitario y los pacientes, demostraría su eficacia terapéutica incluso con enfermos muy agresivos (Sanders y otros, 1967). Muy poco años después, Bronstetler (1969) reclama que todos los niños que deban pasar alguna temporada, larga o corta, en el hospital, estén permanentemente acompañados por algún familiar, indicando la importancia de la colaboración materna en el proceso terapéutico. Por su parte, Bernstein y Bernstein (1972) resaltarán la importancia de la pareja del paciente colostomizado en todas y cada una de las fases del proceso rehabilitador.

Estas y otras investigaciones semejantes, coinciden en resaltar tres tipos fundamentales de variables en la relación entre el profesional de la salud (PS) y sus enfermos (E): 1) Información (por parte del PS) 2) Participación (del E) y 3) Colaboración de los familiares y/o allegados (FA). El proceso terapéutico se entendería así como una serie de mecanismos de influencia que se desarrollan en el seno de un sistema terapéutico constituido por las comunicaciones recíprocamente

intercambiadas entre los PS, el E y los FA. En este y en cualquier otro ámbito de relación humana, suelen ser habituales los errores y los malentendidos y, como señala Watzlawick (1986,17), "...si tenemos en cuenta que todo comportamiento en presencia de otro tiene carácter de comunicación, de transmisión de información, comprenderemos fácilmente el amplio espacio que se abre a la confusión y el conflicto ya sólo en el ámbito del lenguaje corpóreo, para no mencionar el lenguaje hablado".

Los conceptos comunicación y conducta se entenderán aquí como equivalentes, toda vez que desde un punto de vista pragmático "...toda conducta, y no sólo el habla, es comunicación, y toda comunicación, incluso los indicios comunicacionales de contextos impersonales, afectan a la conducta" (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1986).

Por razones de espacio, en las páginas que siguen únicamente trataremos de revisar algunas cuestiones relacionadas con el que podríamos denominar como modelo ideal de comunicación entre PS y E, entendido como un sistema psicosociológico de interacción recíproca (donde las conductas e informaciones se intercambian cara a cara) y en el que el cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas (esto es, la obediencia del paciente) resulte de una equilibrada coexistencia entre la voluntad de libre participación por parte del E, y la capacidad de influencia del PS.

## **LA EXPLORACIÓN CLÍNICA COMO ENCUENTRO**

Stiles y otros (1979) han identificado tres fases sucesivas en el encuentro inicial entre médico y paciente. En primer lugar, y a través de una entrevista por él dirigida, el médico recoge la información necesaria para realizar, en segundo término, una exploración física completa sobre cuyos resultados podrá proporcionar, por último, al enfermo, las recomendaciones específicas acerca del tratamiento que deberá desarrollar.

Esta última fase depende en gran manera del éxito logrado en las otras dos que le anteceden (entrevista y exploración, que muchas veces se realizan simultáneamente), durante las cuales el enfermo soporta los mayores niveles de

ansiedad y desvalimiento, por lo que se aconseja que el médico adopte en su transcurso una cierta actitud de psicoterapeuta "menor".

"Una detallada y competente exploración clínica -escribía hace tiempo Rof Carballo (1950,922)- no sólo es indispensable para eliminar o conocer con exactitud la existencia de trastornos orgánicos, sino que, además, constituye de por sí una excelente psicoterapia. El enfermo ve que se ocupan de él, que se estudia su caso, cobra con ello confianza y se entrega a algo superior, la ciencia médica. Para la finalidad del diagnóstico lo único que importa es que se realicen con competencia las exploraciones necesarias, pero para esta segunda finalidad psicoterapéutica del examen clínico lo fundamental es la manera como se llevan a cabo. En el curso de la exploración pueden deslizarse, en el estilo que se la imprima, errores luego muy difíciles de reparar. Una observación o una exclamación inoportuna, una frase cogida al vuelo, un gesto de extrañeza quedan grabados en el sujeto ansioso que escudriña nuestras más leves reacciones".

Toda exploración debe ser, lógicamente, lo más completa y detallada posible, si bien exámenes demasiado reiterados e insistentes, cuando no son estrictamente necesarios, pueden despertar en el enfermo la sospecha de que su caso es raro y tiene por eso al médico perplejo. Ello hace perder a éste su carácter de protector seguro, que con certeza puede localizar dónde radica su mal, quedando a partir de éste momento el proceso de influencia sin uno de sus más firmes sostenes.

No han faltado quienes aseguran que el desarrollo tecnológico de los instrumentos informatizados, promoverán la desaparición de la figura del médico como responsable final en las emisiones de diagnósticos. La "computadora médica", se dice, será capaz de localizar en cualquier sujeto la raíz fisiológica del mal, y prescribir, de manera individualizada, el calendario y contenido de cada tratamiento. Pero, precisamente con el desarrollo de los instrumentos de diagnóstico computerizados, que únicamente han agilizado el tratamiento rutinario de las informaciones clínicas, el ojo médico ha tenido que perfeccionar su adiestramiento respecto a las dimensiones más clásicas de sus saberes, especialmente el anatómico.

En segundo lugar, la denominada concepción holística de la medicina "humanista" o "antropológica" y, en general, de cualquier aproximación científica

sensata a la realidad global del hombre, no debería contemplar en la máquina otras virtudes que las propias de un instrumento de ayuda fiduciaria para el clínico, que completa con más o menos eficacia una relación eminentemente compleja, desde el punto de vista comunicativo, entre dos personas como son el médico y el enfermo. De acuerdo con esto, el American Board of Internal Medicine describe y recomienda cuatro habilidades o destrezas interpersonales básicas que todo buen internista debería preocuparse en desarrollar:

1) Inspirar confianza en el paciente a través del establecimiento de una relación estrecha que demuestre el interés sincero de su curador.

2) Actuar en todo momento de manera aséptica y neutral, sin anticipar juicios prematuros.

3) Permanecer atento a las necesidades emocionales del paciente, reconociendo su influencia potencial sobre los síntomas y curso de la enfermedad.

4) Estar alerta a la interpretación de las señales no verbales emitidas por el paciente durante la exploración, reveladoras de su miedo, desconcierto y ansiedad.

Tras la percepción de los síntomas experimentados por quien se considera enfermo, pueden latir atribuciones erróneas que se suelen basar en la comparación con dolencias sufridas con anterioridad por la persona o alguno de sus conocidos y allegados, no siendo infrecuente un autodiagnóstico previo que exagera o minimiza el alcance de su indisposición. "Un buen médico -puntualizaba en ésta línea Rof Carballo (1950,334)- no deja nunca de prestar atención a la representación que el enfermo se hace de su mal, a lo que Goldscheider llamaba con expresión gráfica imagen autoplástica de la enfermedad. Casi siempre considerará como una de sus principales misiones terapéuticas el corregirla, tranquilizando al enfermo cuando su angustia es excesiva o, por el contrario, contrarrestando su euforia, para lograr que siga sus prescripciones. Hacer esto dentro de los justos límites, sin inquietar ni calmar demasiado, adaptándose a la personalidad del enfermo, es una de las empresas más difíciles y delicadas de la profesión".

## EL ROSTRO Y LA MIRADA

A medida que la práctica sanitaria se hace más tecnológica y compleja, la comunicación no verbal adquiere cada vez mayor importancia para el análisis y comprensión de los procesos curativos (Daubenmire, 1976). Incluso no han faltado autores, como Haase y Tepper (1972) que han sostenido que en el curso de una exploración, la capacidad de empatía no verbal del médico es aún más importante que la palabra hablada. En situaciones de miedo, incertidumbre y ansiedad, como las que las enfermedades suelen provocar en los pacientes hospitalizados, toda persona tiende a desarrollar una especial sensibilidad hacia las señales comunicativas emanadas del ambiente social que le rodea, único ámbito informativamente accesible en tales casos. Dicha información suele ser distorsionada subjetivamente cuando no se completa a través de otros canales. Por ejemplo, a bordo de una claustrofóbica aeronave, el viajero asustado por las turbulencias atmosféricas interpretará la sonrisa estereotipadamente amable de las azafatas como un banal recurso tranquilizador ante algo que no marcha bien a esas alturas. Por el contrario, la seriedad sobre sus rostros le confirmará, con horror, en sus temores, que sólo cesarán tras el sin duda feliz aterrizaje. La indefensión del pasajero fóbico podría equipararse, en muchos casos, a la que sufre el paciente en manos del equipo hospitalario que le atiende, le mira, le habla y le toca mientras es observado.

La importancia de los aspectos no verbales de la comunicación y la conducta ha sido puesta de manifiesto, durante los últimos años, por diversas subdisciplinas que constituyen, en sí mismas, auténticos campos de investigación autónoma reconocidos incluso a nivel académico. Las razones de este éxito se suelen basar en argumentos de peso. En primer lugar, como indica Ruesch (1970) la comunicación no verbal es continua y, en muchas ocasiones, imposible de controlar conscientemente debido al origen emocional, involuntario, de sus mensajes, y a pesar de la significación social que preside el aprendizaje de muchas de las facetas que la constituyen. En segundo término, los aspectos analógicos no verbales de la comunicación complementan y acompañan funcionalmente la emisión de los mensajes digitales verbal-orales, y las conductas posturales por los que éstos se

contextualizan socialmente. En tercer lugar, la comunicación no verbal debe considerarse desde el punto de vista de la relevancia informativa de sus propios canales y estrategias. Mehrabian (1968) demostró en este sentido que de la distribución porcentual del impacto de una comunicación hablada, sólo el 7% podía atribuirse al lenguaje verbal, un 30% al paralenguaje (especialmente a los aspectos orales relacionados con la entonación) y un 55% a la expresión facial.

La importancia del rostro humano en su calidad de comunicador decisivo en situaciones de intimidad, tan sólo es marginalmente superada por la conducta cinésica y territorial en aquellos contextos o escenarios públicos despersonalizados como asientos de multitudes, en los que no suele emplearse la comunicación verbal-oral (Lyman y Scott, 1967; Altman, 1975).

"El rostro-ha escrito Knapp (1978,263)-es rico en potencial comunicador. Es el principal lugar para comunicar los estados emocionales; refleja las actitudes interpersonales; provee la retroalimentación no verbal sobre los comentarios de los otros. Es, junto con el lenguaje, la principal fuente comunicadora de información".

Multitud de investigaciones han tratado de esclarecer el predominio expresivo de cada zona del rostro de acuerdo con su grado de importancia respecto al reconocimiento de emociones, atribuyéndose a la boca la identificación expresiva de la felicidad, ira y desprecio, y a los ojos su predominio en la demostración de miedo y sorpresa (véase Plutchik, 1962), dos emociones básicas que suelen experimentar la mayoría de los enfermos en el transcurso de una exploración, y que todo profesional sanitario debería ser capaz de reconocer.

La relevancia del contacto visual como componente básico de la expresividad y mecanismo de regulación en el intercambio comunicativo, ha merecido la atención de importantes psicólogos sociales, como Von Cranach (1971), Beebe (1974), Ellsworth (1975), Argyle y Cook (1976) y otros que han insistido en correlacionar positivamente el contacto visual con variables como la atribución de credibilidad, competencia y honestidad a un comunicante. Complementariamente, las investigaciones de Exline y Eldridge (1967) demostraron que el público en general percibe más favorablemente a quien se comunica verbalmente con él, cuanto mayor contacto visual sea capaz de mantener ante su audiencia, resultado perfectamente

extrapolable a la interacción diádica, desde el punto de vista de las atribuciones de poder. En este ámbito específico, se ha comprobado que las personas de estatus elevado reciben mayor atención visual por parte de sus interlocutores que aquellas otras de menor o semejante estatus (Nevill,1974). En experimentos más recientes (Dovidio y Ellyson,1982), donde junto a la dominancia visual en un contexto de diálogo se manipulan simultáneamente las variables hablar y escuchar, las mayores atribuciones de poder suelen otorgarse a aquellas personas que más miran al rostro de su oyente cuando hablan, y menos miran a su interlocutor cuando le escuchan, conducta habitual por parte de los médicos en el transcurso de una exploración.

Como hace siglos pontificaba Hipócrates, mirar a los ojos del paciente cuando éste habla, no sólo proporciona una valiosa información acerca de su estado de ánimo, sino que promueve, además, como sencilla táctica de congraciamiento, la elevación de su autoestima, insuflándole tranquilidad y confianza en la pericia de su curador.

## **LA COMUNICACIÓN A TRAVÉS DEL TACTO Y LA POSTURA**

Cómo y dónde se toca al otro revela el grado de intimidad de una relación, en gran medida porque tocar a otro significa tener poder sobre él. Salvo en casos excepcionales, las palpaciones que realiza un médico o cualquier otro PS nunca se pueden corresponder (Henley,1977) y mucho menos cuando se tocan las zonas más ocultas y preservadas del cuerpo, como los genitales o la boca. El ejercicio del poder médico tiene así a veces algo de profanación violenta de la más recóndita intimidad, en la que no sólo se viola el cuerpo, sino la metáfora psicosocial que sus zonas más ocultas representan, entendido como un símbolo natural de la estructura y el orden sociales. Como ha señalado la antropóloga Mary Douglas (1978), la distancia social suele expresarse en términos de distanciamiento de los procesos y orígenes fisiológicos, de manera que cuanto más valor concede un grupo a las restricciones sociales, mayor valor suele asignar también a los símbolos relativos al control corporal. En cualquier caso, el sistema social impone sus normas, y por lo tanto, unas determinadas limitaciones al empleo del cuerpo como modo de expresión y como locus de la privacidad que sólo al médico le está permitido vulnerar.

El cuerpo, en su significativa totalidad, proporciona infinitas posibilidades de comunicación, de las que no quedan exentos los mensajes de dominio, las señales de influencia y las representaciones del poder desde el punto de vista de la conducta interpersonal, a través de elementos espaciales binarios, consagrados por el protocolo y la etiqueta, como son la posición lateral de izquierda o derecha y la de delante o detrás, desde el punto de vista del emplazamiento horizontal del cuerpo, o las diferencias verticales referidas al hecho de encontrarse arriba o abajo, sentado o de pie.

Schwartz, Tesser y Powell (1982), completando las investigaciones de Argyle (1967) y Allen (1972), han demostrado la prioritaria importancia simbólica de la variable elevación en las atribuciones de dominio social, como extrapolación societaria de la metáfora humana del desarrollo de la persona (durante el que la infancia se equipara con la corta estatura y la ausencia de poder) y la difundida imaginaria vertical como representativa de las desigualdades sociales, con toda su parafernalia física de emplazamientos tales como tarimas, pódiums, cátedras, altares y púlpitos varios. Según los datos del estudio que nos ocupa, en el 73% de los casos, a las personas que aparecían situadas en un plano espacial más elevado se les atribuyó mayor estatus que aquellas otras que permanecían por debajo, y en un 59%, a las personas que aparecían de pie se les consideró más poderosas o importantes que las que estaban sentadas.

Estar tendido o echado, permanecer en la cama acostado, es sinónimo o pleonasma de enfermedad y cansancio, pero también, más ampliamente, de indefensión y desvalimiento en sentido general. Porque en la cama se suele estar "sin las botas puestas", sin empuñar armas o herramientas de trabajo, dormido o haciendo algo (escuchar la radio, leer, copular) que le distrae a uno del habitual estado de alerta y de vigilia propio de sus obligaciones cotidianas. Perder la verticalidad y caer al suelo, en deportes de lucha como el judo, apoyar la espalda en la lona o permanecer tendido en ella como en el caso del boxeo, indican a su vez la evidencia de un estado de derrota. La exploración médica suele realizarse con el paciente acostado en decúbito supino o tendido prono, sin que prácticamente en ninguna de las ocasiones durante las que es investigado, su cuerpo se eleve sobre la

estatura del médico. Tiéndase o levántese, suelen ser las órdenes básicas que enmarcan la frecuente postración postural de los enfermos, desde la que han de contestar a las preguntas y obedecer las indicaciones que se les hacen, habitualmente desnudos o en paños menores, con lo que las palpaciones así dirigidas completan su situación de sumisa dependencia.

## INFORMACIÓN Y OBEDIENCIA

Sumisa dependencia que, sin embargo, no describe la totalidad de los comportamientos que el enfermo de hoy en día suele protagonizar. De hecho, el incumplimiento sistemático de las indicaciones sanitarias sigue siendo todavía uno de los más graves problemas con los que el PS se enfrenta en el transcurso de su ejercicio profesional. La solución al mismo se ha venido planteando recientemente en términos de la necesaria redefinición de su papel como agente de influencia, como figura de autoridad que ha de cumplir un rol basado en gran manera en un dominio cuya eficacia se mediría, a su vez, sin solución de continuidad, por el grado de adhesión y el nivel de seguimiento conseguido en sus enfermos, en el que intervienen diversos factores en la actualidad perfectamente localizados. Cassata (1978) , por ejemplo, ha propuesto el siguiente decálogo sobre información al enfermo, basado en su capacidad general para recordar las informaciones y consejos que le proporciona el PS:

- 1) Los enfermos olvidan la mayor parte de lo que el profesional de la salud les dice.
- 2) Los consejos e instrucciones concretas se olvidan más fácilmente que otras informaciones.
- 3) Cuanto más se diga al enfermo, mayor será el porcentaje de información olvidada.
- 4) Los pacientes recuerdan: a)lo que se les dice primero, y b)lo que ellos consideran como más importante.
- 5) Los pacientes más inteligentes no recuerdan más información que los menos inteligentes.

6) Los pacientes mayores recuerdan lo mismo que los jóvenes.

7) Los pacientes moderadamente ansiosos recuerdan más de lo que se les dice que aquellos otros pacientes extremadamente ansiosos o sin rasgo alguno de ansiedad.

8) Cuantos más conocimientos médicos posea el paciente, mejor recordará.

9) Si el paciente escribe lo que el profesional de la salud le cuenta, lo recordará después igual de bien que si le estuviese oyendo.

10) El empleo de jerga técnica debe limitarse al mínimo imprescindible.

El porcentaje medio de desobediencia entre los pacientes, hospitalizados o no, de acuerdo con los datos difundidos por el meticuloso estudio de Marston (1970) se sitúa en torno al 43%, variando entre un 4 y un 92% según el ámbito terapéutico estudiado, así como la fiabilidad de la técnica empleada para su medición.

En cualquier caso, parece constatarse el hecho de que los PS tienden a sobreestimar el grado de obediencia en sus pacientes, siendo difícil, en muchas ocasiones, descubrir a aquellos enfermos que no han seguido las prescripciones facultativas, desembocando, entre otras negligencias, en infra o sobredosis de medicamentos específicos, que desvirtúan por completo los controles de eficacia de un determinado tratamiento. Por lo general, si una enfermedad cursa con síntomas desagradables y fácilmente reconocibles, que mejoran con notoria rapidez cuando se cumplen de manera estricta las recomendaciones del médico, la obediencia suele ser bastante elevada. Por el contrario, la tasa de obediencia suele ser muchísimo más baja cuando las prescripciones son meramente profilácticas y deben mantenerse durante mucho tiempo incluso cuando no existen síntomas molestos (como en el caso, por ejemplo, de las dietas hipocalóricas y vegetarianas recomendadas a personas con altos índices de colesterol).

A medida que el tratamiento se hace más complejo y prolongado, la desobediencia aumenta, incluso entre pacientes crónicos cuyos trastornos requieren un atento y meticuloso autocuidado. Por ejemplo, según Hulka y otros (1976), entre los diabéticos y enfermos vasculares el porcentaje de error en la autoadministración correcta de las dosis recetadas, no alcanza el 15% en los casos en que debe hacerse

uso de un solo específico, incrementándose hasta el 25% cuando hay que utilizar dos medicinas, y sobrepasando el 35% cuando tres son los remedios recetados.

El grado de seguimiento estricto de las recomendaciones sanitarias y farmacológicas correlaciona positivamente, entre otras variables, según Haynes (1976), con el mayor nivel de educación, edad y estatus socioeconómico, siendo en cualquier caso decisivos los dos aspectos siguientes, nucleares de la relación médico-enfermo: 1) El grado de efectividad con que el PS proporciona a su paciente la información y recomendaciones terapéuticas, y 2) el impacto emocional que dicha información produce en el enfermo. Ambos aspectos se encuentran estrechamente relacionados con el nivel de satisfacción comunicativa proporcionada a los pacientes, propiciada casi siempre por un estilo de trato percibido como amistoso, relajado, personal y tolerante (véase Ley y Spelman, 1965; Sackett y Haynes, 1976).

La importancia de un trato amistoso y amable se ha puesto de relieve sobre todo en el encuentro que se produce en la primera entrevista que mantienen el profesional de la salud y su paciente. No sin razón se ha dicho muchas veces que la entrevista es lo que básicamente distingue a la consulta médica de la consulta veterinaria. En este sentido, la consulta médica supone un tipo plenamente psicosocial de interacción, caracterizada por llevarse a cabo en un espacio y en un tiempo específicos (correspondientes por lo común al ámbito asistencial formalizado del centro de salud o de los servicios hospitalarios) donde existe una importante división respecto a la autoridad y competencia técnica de la persona que busca ayuda (el enfermo) y la que la proporciona (el profesional de la salud) a través del consejo y/o el mandato. Al menos en la primera entrevista, médico y enfermo son siempre, al fin y al cabo, dos extraños, por lo que la tensión que se puede generar es, cuando menos, idéntica a la que produce cualquier otro encuentro formal entre dos personas que no se conocen. Fuera del ámbito estrictamente terapéutico, en la vida cotidiana dicha tensión se disuelve o se mitiga mediante diferentes mecanismos de autoapertura (como referirse, al principio, y durante muy breve tiempo, a temas neutrales que permitan "romper el hielo") mecanismos elementales que han demostrado idéntica eficacia al emplearse en el encuentro terapéutico a niveles tan

obvios y sencillos como hablar un rato del clima o de cualquier otra noticia irrelevante antes de entrar en materia.

"El paciente necesita tiempo, atención, simpatía y consideración como persona", ha escrito Eisenberg(1977,238). Y es precisamente sobre estas bases desde donde habría que elaborar un modelo efectivo de las relaciones eficaces entre médico y enfermo, partiendo de la idea de que la conducta comunicativa del PS constituye el factor más importante de entre los que inciden en el posible logro de una satisfacción psicológica de sus pacientes (Doyle y Ware,1977).

Por otra parte, el tratamiento de una enfermedad debe considerarse, parcial pero primordialmente, como un proceso de influencia, que induce a un enfermo a obedecer sobre la base de las informaciones congruentes que se le proporcionan.

Como reiteradamente ha demostrado Goffman (1974), todo interlocutor puede percibir como ajeno, extraño y peligroso a quien con él emplea un marco de referencias comunicativas inadecuado para la situación en que el encuentro se produce. El médico debe, pues, contextualizar siempre el desempeño de su ejercicio profesional, comprendiendo de antemano el universo familiar y cultural de sus pacientes. En un ámbito tenso, como el que nos ocupa, la simpatía, la conducta cordial, reduce la ansiedad de los enfermos facilitando, merced a la satisfacción que suele generar, una escucha más atenta de las recomendaciones terapéuticas. No escatimar educación y respeto, dedicando a cada paciente el tiempo necesario y demostrar un visible interés por los problemas del enfermo, son rasgos de conducta obligatorios en cualquier profesional de la salud que persiga la máxima eficacia de su profesión, teniendo en cuenta que, por lo general, los médicos más antipáticos suelen ser también los más oscuros a la hora de transmitir información, soliendo ampararse en la rutina del empleo de una jerga incomprensible que aumenta la insatisfacción de sus pacientes, reduciendo al mismo tiempo su obediencia.

Teniendo en cuenta que son muy pocos los pacientes que se atreven a confesar al profesional de la salud que no le han comprendido bien, no hay que olvidar que, como ha indicado María Angeles Durán (1983, 43-44) "...la clase social, en cuanto que está correlacionada con el nivel educativo influye en el tipo de

relación que el médico establece con sus pacientes y la comunicación es peor con los pacientes de los niveles socioeconómicos más bajos".

Ningún paciente, con independencia de su clase social y nivel de estudios, está obligado a poseer conocimientos clínicos de alta precisión, pero cualquiera de ellos puede comprenderlos sucintamente (incluso los más complejos) si se les explican con la suficiente claridad. El problema básico siempre suele consistir en que los médicos sobreestiman la cantidad de tiempo dedicada a proporcionar información puntual a sus pacientes, para repasarla con ellos de vez en cuando, e infraestiman los deseos y necesidades que el paciente tiene de recibir información detallada y asequible.

Estos médicos olvidan que desde hace ya bastantes años, la claridad expositiva de las informaciones sanitarias se considera como un agente terapéutico bastante poderoso por sí mismo, no faltando autores que reducen la explicación del efecto placebo al resultado de una buena relación comunicativa, verbal y no verbal, entre médico y enfermo (Weisenberg, 1977). El paciente mal informado suele experimentar más y mayores síntomas aversivos (Pennebaker y otros, 1977), no siendo extraño que tergiverse el alcance y naturaleza real de su enfermedad (Suchman, 1972), lo que le impulsa a completar su información donde no debe (por ejemplo, entre amigos, familiares u otros enfermos que conozca) induciéndole a los riesgos seguros de la automedicación.

Ya en el conocido estudio cuasiexperimental de Egbert y otros (1964), mencionado al comienzo de este capítulo, se demostró que la información proveída a los enfermos en ciernes de ser quirúrgicamente intervenidos, acerca de los dolores postoperatorios y las técnicas de relajación que los mitigan, adelantaba en tres días, por término medio, el proceso curativo, debido seguramente a la reducción, a través de dicha estrategia, de la ansiedad que en dicho trance se padece, evidencia confirmada posteriormente, entre otros estudios, por el de Langer, Janis y Wolfer (1975).

Los programas de prehospitalización, durante los cuales se informa meticulosamente a los enfermos de lo que se les viene encima, han demostrado también su eficacia en ámbitos más amplios que los estrictamente relacionados con

la cirugía. Kaplan (1982), por ejemplo, ha insistido en la importancia de las variables relacionadas con la información en el contexto de las exploraciones médicas estresantes, dolorosas o molestas, como son las endoscopias, la cateterización cardíaca y las electromiografías. Información que debe acompañarse, como es obvio, con consejos acerca de técnicas de relajación y artefactos que distraigan la atención del explorado, permitiendo a este la posibilidad de un cierto control sobre el proceso o, al menos, la ilusión de que puede intervenir activamente sobre el mismo (mitigando así su situación de absoluto desamparo) con instrucciones tan sencillas (y en ocasiones meramente simbólicas) como "si le hago daño, levante el brazo".

Se ha comprobado, además, que la satisfacción del paciente reduce de manera notoria el porcentaje de errores de diagnóstico (Roth,1972), entre otras razones porque el mantenimiento de una consideración positiva por parte del médico aumenta la autoestima del paciente y, con ello, su franqueza informativa y obediencia terapéutica. Rodin y Janis (1979) sitúan en dichos términos la consecución por parte del profesional de la salud de un poder referente (basado en el atractivo y simpatía personales), más eficaz y motivador para internalizar informaciones y obedecer una determinada prescripción que el poder legítimo y el poder de experto (basados únicamente en la posición social y profesional) que, ejercidos desde un rol de suprema autoridad, suelen crear tensiones que distraen al paciente de la atención y capacidad comprensiva que ante un médico se requiere.

El PS rara vez asume de manera activa estas cuestiones, atribuyendo la explicación de la desobediencia a factores relacionados con la personalidad inmadura o el carácter desviante del enfermo. Por ejemplo, tan sólo una cuarta parte de los médicos entrevistados por Davis (1966) reconocieron la responsabilidad fundamental de sus colegas en este tipo de problemas.

La existencia de ciertas variables antropológicas que determinan un grado accesorio de desobediencia como inherentemente propio de ciertas subculturas específicas, han de poder ser conocidas y manipuladas con cierta habilidad por cualquier PS, replanteando su relación con los pacientes desde el punto de vista del intercambio producido entre un "experto" y su "cliente" cuyos problemas hay que resolver. La definición de dichos roles de experto y de cliente aplicados a la relación

médico-enfermo, se resolvería de acuerdo con sus dos normas primordiales, esto es, la validez empírica de la eficacia demostrada por un servicio técnico, y su justificación ética, de las que el médico (el "experto") debe ser responsable. Siguiendo a Szasz y Hollander, replantea Stone (1979) en este sentido, tres tipos de modelos de relación entre médico y enfermo: 1) El de actividad-pasividad; 2) el de guía-cooperación y 3) el de participación mutua, específicamente determinados, cada uno de ellos, para situaciones terapéuticas concretas.

En el caso del primer modelo, el profesional de la salud debe adoptar un rol autoritariamente activo durante aquellas situaciones de emergencia en las que, como tras un grave accidente, el enfermo o el herido es incapaz de decidir sobre su suerte, siendo letal la duda o las vacilaciones. La superioridad circunstancial del rol de experto, responsable absoluto de una vida, no puede discutirse en este caso, pero su pertinencia situacionalmente específica, no justifica que, en contextos ajenos a la urgencia, dicho rol se extrapole a otros enfermos con tiempo y capacidad para ejercer sus derechos y expresar sus opiniones.

El modelo de guía-cooperación suele ser el estadísticamente habitual, y el asumido con mayor beneplácito por el médico, que busca y justifica una eficacia terapéutica basada, exclusivamente, en el poder de sus oficios y en la obediencia que el enfermo, ignorante y asustado, debe brindar para su restablecimiento.

La participación mutua, la colaboración recíproca, constituye un tercer modelo de relación médico-enfermo basado en una igualdad de poder entre las dos partes, interdependientes en su recíproca mutualidad, y comprometidas en alcanzar una meta común satisfactoria para ambos, esto es, una verdadera relación entre el cliente y el experto, en la que éste posee la responsabilidad exclusiva de facilitar por todos los medios a su alcance, que el paciente o la persona responsable más directa cumplan las instrucciones pertinentes.

El médico, en su calidad de experto al servicio de un cliente (no de un súbdito sin nombre), está por ello obligado de manera inexcusable, a conocer la situación total de sus enfermos, explorando previamente las posibilidades que le capacitan para seguir un tratamiento, anticipando las dificultades de naturaleza práctica y las barreras comunicativas capaces de distorsionar la comprensión de sus

informaciones terapéuticas, desvirtuando el cumplimiento exacto de sus recomendaciones sanitarias.

## MODELOS DE COMUNICACIÓN VERBAL CON LOS PACIENTES

En la ya clásica investigación de Cartwright (1964) se demostró que más de dos tercios de los pacientes a los que se entrevistaba al darles de alta en el hospital, tuvieron problemas para obtener información durante su estancia en el mismo. Aunque en nuestros días no faltan quienes sostienen que tal problema ha cambiado a mejor de manera sustantiva, autores recientes como Meichenbaum y Turk (1991) han reunido, en una serie de listas, axiomas y consejos destinados a conseguir la obediencia o adhesión terapéutica del paciente crónico ambulatorio, así como del paciente quirúrgico hospitalizado. Desde el punto de vista de las directrices generales recomendables a la hora de proporcionar información al paciente, estos autores recomiendan:

1º) Ser selectivo en la información que se da: cuantas menos instrucciones se proporcionen, mejor recordará el enfermo. Proporcionar demasiada información (o demasiado poca) puede contribuir a una falta de adhesión.

2º) Ser específico, claro, detallado, concreto y simple a la hora de dar instrucciones, empleando palabras y frases cortas, en un lenguaje normal y común sin tecnicismos ni jerga médica.

3º) Ofrecer cantidades pequeñas de información en cada visita sin sobrecargar al paciente con detalles nimios. Se recuerda mejor la información presentada en el primer tercio de una comunicación, así como la primera instrucción dada.

4º) Tratar de determinar si la información se corresponde con las teorías privadas que tiene el paciente sobre su dolencia y sobre lo que debería hacerse al respecto.

5º) Ofrecer un esquema previo de aquello que se va a decir (por ejemplo, "primero le voy a describir la medicación que debe tomar, y después los cambios que tendrá que introducir en su dieta durante los próximos días").

6º) Repetir la información importante siempre que se pueda, reforzando los puntos esenciales, puesto que el material enfatizado se recuerda mejor.

7º) Emplear ejemplos, recursos mnemotécnicos y analogías concretas, así como otras claves y anécdotas para facilitar el recuerdo.

8º) Emplear conjuntamente material oral y escrito, comprobando la comprensión del paciente y/o sus acompañantes.

9º) Animar al paciente a formular preguntas y a tomar notas o realizar resúmenes escritos, haciendo que repita los puntos claves de cada mensaje.

10º) Ayudar al paciente a establecer metas realistas y accesibles, que puedan subdividirse en pasos fácilmente alcanzables (por ejemplo, los componentes de un régimen de tratamiento deben ser introducidos de manera gradual, en orden de creciente dificultad, en lugar de prescribir la puesta en marcha de todos a la vez).

11º) Evaluar las expectativas del paciente y de sus creencias acerca de la enfermedad (causa, gravedad, curso, etc.) obteniendo una historia exhaustiva de sus anteriores experiencias con fármacos, regímenes, etc., evaluando así posibles obstáculos para la adhesión.

12º) Simplificar el régimen dietético y farmacológico en la medida de lo posible. Minimizar la presencia de diferentes medicamentos, el número de dosis y las variaciones en la posología. Prescribir el menor número de medicamentos y de dosis por día. Comprobar la comprensión del paciente: preguntar directamente acerca del medicamento prescrito, pidiendo al paciente que repita los puntos claves de las instrucciones con sus propias palabras.

13º) Si es posible y necesario, implicar a los miembros de la familia y a otros pacientes experimentados, en el régimen de tratamiento antes y/o después de la intervención.

14º) Tras una intervención quirúrgica, fraccionar tareas complejas de autocuidado y rehabilitación en demandas más sencillas y manejables que puedan ser implementadas de manera secuencial, empezando siempre por los pasos más fáciles, de manera que el paciente obtenga inicialmente una sensación de éxito.

15º) Asegurarse de que los pacientes ancianos y/o discapacitados pueden realizar los pertinentes autocuidados así como manejar los envases del

medicamento, asegurando la disponibilidad de ayuda, especialmente en el caso de aquellos ancianos que vivan solos.

Como norma general de comunicación interpersonal, podríamos concluir, resumiendo lo hasta ahora expuesto, con la idea de que es necesario comprobar en qué medida el paciente ha comprendido las indicaciones del PS, y en qué grado está dispuesto a obedecerlas. En este sentido, solicitar amablemente que nos resuma su particular versión de las informaciones terapéuticas recibidas del PS, constituye una estrategia imprescindible, aunque no siempre fácil de alcanzar con éxito. Muchas veces será necesario facilitar la verbalización del paciente a través del empleo de determinadas técnicas de apoyo narrativo, como las que en su espléndido libro glosa el Doctor Borrell i Carrió (1989, pp. 114-115):

1) Baja reactividad (el PS deja algunos segundos de tiempo antes de contestar a alguna frase del paciente, con lo que, si es necesario, este podrá precisar o completar espontáneamente su pregunta); 2) Silencio funcional (como estrategia complementaria con la anterior, consiste en otorgar al paciente la posibilidad de meditar sin apresuramiento lo que desea decir); 3) Facilitación (demostrada a nivel verbal y no verbal, indicando al paciente que nos interesa su relato y que deseamos que prosiga) y 4) Empatía (por la que evidenciamos, habitualmente a través de nuestras expresiones faciales y miradas, que nos sentimos solidariamente comprometidos con el alcance de sus problemas y la posibilidad médica de resolverlos).

## CONCLUSIÓN

El hecho de que tales habilidades comunicativas puedan aprenderse sin demasiada dificultad a través de la práctica, sin que sean necesarias cualidades "innatas" para poder desarrollarlas de manera eficaz, las sitúan entre el repertorio de estrategias médicas y recursos terapéuticos que todo PS debería, obligatoriamente, incluir en sus oficios. Esto es especialmente decisivo en el caso de los PS que trabajan en el ámbito de la rehabilitación, sobre todo en lo que se refiere a las técnicas de fisioterapia donde el contacto físico directo y continuado –así como la

interacción cara a cara entre PS y E- constituyen variables terapéuticas de inmensa relevancia.

## BIBLIOGRAFÍA

- ALTMAN,I.: The Environment of Social Behavior, Belmont, Wadsworth, 1975.
- ALLEN,N.: The vertical dimension in thulung classification, Anthropological Society of Oxford, 1972, 3, 81-94.
- ARGYLE,M.: The Psychology of Interpersonal Behavior, Baltimore, Penguin, 1967.
- ARGYLE,M. y COOK,M.: Gaze and Mutual Gaze, Cambridge, Cambridge University Press, 1976.
- BEEBE,S.A.: Eye contact: A Nonverbal Determinant of Speaker Credibility, The Speech Teacher, 1974, 23, 23-24.
- BERNSTEIN,L. y BERNSTEIN,R.S.: Interviewing:A guide for health professionals, Nueva York, Appleton-Century-Crofts,1972.
- BORRELL,F.: Manual de entrevista clínica, Barcelona, Doyma, 1989.
- BREHM,J.W.: A theory of psychological reactance, Nueva York, Academic, 1966.
- BRONSTETLER,E.: The young child's response to hospitalization: separation anxiety or lack of mothering care?, American Journal of Public Health, 1969, 59, 92-97.
- CARTWRIGHT,A.: Human Relations and Hospital Care, Londres, Routledge & Kegan Paul, 1964.
- CASSATA,D.M.: Health communication theory and research: An overview of the communication specialist interface, en Nimmo y otros, Communication yearbook II, Nueva York, ICA, 1978.
- CRANACH,M.von: The role of orienting behavior in human interaction, en Esser, Behavior and Environment:The Use of Space by Animals and Men, Nueva York, Plenum, 1971.
- DAUBENMIRE,M.J.: Nurse-patient-physician communicative interaction process, en Werley, Health Research:The Systems Approach, Nueva York, Springer,1976.
- DAVIS,M.S.: Variations in patient's compliance with doctor's orders:Analysis of congruence between survey responses and results of empirical investigations, Journal of Medical Education, 1966,41, 1937-1948.
- DOUGLAS,M.: Símbolos naturales, Madrid, Alianza, 1978.
- DOVIDIO,J.F. y ELLYSON,S.L.: Decoding visual dominance:attributions of power based on relative percentages of looking while speaking and looking while listening, Social Psychology Quarterly, 1982, 45, 2, 106-113.
- DOYLE,B.J. y WARE,J.E.: Physician conduct and other factors that affect consumer satisfaction with medical care, Journal of Medical Education, 1977, 52, 793-801.
- DURÁN,M.A.: Desigualdad social y enfermedad, Madrid, Tecnos, 1983.
- EGBERT,L.D.;BATTIT,G.E.;WELCH,C.E. y BARTLETT,M.K.: Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients: A study of doctor-patient rapport, New England Journal of Medicine, 1964, 270,825-827.
- EISENBERG,L.: The search for care, Daedalus, 1977, 106, 235-246.
- ELLSWORTH,P.C.: Direct gaze as a social stimulus: The example of aggression, en Pliner, Nonverbal Communication of Aggression, Nueva York, Plenum, 1975.
- EXLINE,R.V. y ELDRIDGE,C.: Effects of two patterns of a speaker's visual behavior upon the perception of the authenticity of his verbal message, Boston, Easter Psychological Association,1967.
- GOFFMAN,E.: Frame Analysis. An essay on the organization of experience, Nueva York, Harper & Row, 1974.
- GRUENBERG,E.M.: The Social Breakdown Syndrome: some origins, American Journal of Psychiatry, 1967, 123, 12-20.
- HAASE,R.F. y TEPPER,D.T.: Nonverbal components of empathic communication, Journal of Consultant Psychology, 1972, 19, 417-424.
- HAYNES,R.B.: A critical review of the determinants of patient compliance with therapeutic regimens, en Sackett y Haynes: Compliance with therapeutic regimens, Baltimore, Johns Hopkins University Press,1976.
- HENLEY,N.M.: Body Politics, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1977.
- HOGUE,V.: Hospital facilities should fit the patients, en Weeks y Griffith (eds), Progressive patient care, Administration Research Services, 1964.

- HULKA,B.S.;CASSELL,J.C.;KUPPER,L.L. y BURDETTE,J.A.: Communication, compliance, and concordance between physicians and patients with prescribed medications, *American Journal of Public Health*,1976,66,847-853.
- KAPLAN,R.M.: Coping with stressful medical examinations, en Friedman y DiMatteo (eds):*Interpersonal Issues in Health Care*, Nueva York,Academic, 1982.
- KENDALL,P.C.: Procedimientos médicos que producen estrés, en Meichenbaum y Jaremko (eds), *Prevención y reducción del estrés*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1987.
- KNAPP,M.L.: *Nonverbal Communication in Human Interaction*, Nueva York, Holt, Rinehart & Winston,1978.
- LANGER,E.J.;JANIS,J.L. y WOLFER,J.A.: Reduction of psychological stress in surgical patients, *Journal of Experimental Social Psychology*, 1975, 11, 155-165.
- LEY,P. y SPELMAN,M.S.: Communications in an out-patient setting, *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 1965, 4, 114-116.
- LYMAN,S.M. y SCOTT,M.B.: Territoriality:A neglected sociological dimension, *Social Problems*, 1967,14, 235-249.
- MARSTON,M.: Compliance with medical regimens, *Nursing Research*, 1970, 19, 312-323.
- MEHRABIAN,A.: Communication without words, *Psychology Today*, 1968,II,53. NEVILL,D.: Experimental manipulation of dependency motivation and its effects on eye contact and measures of field dependency, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1974, 29, 72-79.
- PARSONS,T.: El sistema social, Madrid, Revista de Occidente, 1966 (e.o.1951).
- PENNEBAKER,J.W.; BURNAM,M.A.; SCHAEFFER,M.A. y HARPER,D.C.: Lack of control as a determinant of perceived physical symptoms, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1977,35, 167-174.
- PLUTCHIK,R.: *The emotions:Facts, Theories and a New Model*, Nueva York, Random House, 1962.
- RODIN,J. y JANIS,J.L.: The social power of health-care practitioners as agents of change, *The Journal of Social Issues*, 1979, 35, 1, 60-81.
- ROF CARBALLO,J.: *Patología Psicósomática*, Madrid, Paz Montalvo, 1950.
- ROTH,J.A.: The necessity and control of hospitalization, *Social Science and Medicine*, 1972, 6, 425-446.
- RUESCH,J.: Nonverbal language, en Cathcart y Samovar (eds): *Small Group Communication*, Dubuque,Brown, 1970.
- SACKETT,D.L. y HAYNES,R.B.(eds): *Compliance with therapeutic regimens*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1976.
- SANDERS,R.;SMITH,R.S. y WEINMAN,B.S.: *Chronic Psychosis and Recovery*, San Francisco, Jossey-Bass, 1967.
- SCHWARTZ,B.;TESSER,A. y POWELL,E.: Dominance cues in nonverbal behavior, *Social Psychology Quarterly*,1982, 45, 2, 114-120.
- STILES,W.B.;PUTNAM,S.M.;WOLF,M.H. y JAMES, S.A.: Interaction exchange structure and patient satisfaction with medical interviews, *Medical Care*, 1979, 17, 667-679.
- STONE,G.C.: Patient Compliance and the role of the expert, *The Journal of Social Issues*, 1979, 35, 1, 34-59.
- SUCHMAN,E.A.: Stages of illness and medical care, en Jaco (ed): *Patients, physicians and illness*, Nueva York, Free Press, 1972.
- WATZLAWICK,P.: *¿Es real la realidad?. Confusión. Desinformación. Comunicación*, Barcelona, Herder, 1986.
- WATZLAWICK,P.; BEAVIN,J.H. y JACKSON,D.D.: *Teoría de la comunicación humana*, Barcelona, Herder, 1986.
- WEISENBERG,M.: Pain and pain control, *Psychological Bulletin*, 1977, 84,1008-1044.

La Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica (ISSN: 0304-5072) se publica trimestralmente actuando como editorial la Asociación Iberoamericana de Rehabilitación de Invalidos (A.I.R.I.), siendo el órgano de publicación y expresión de ésta.

Dirección postal: C /Maldonado 54, 3C, Madrid, 28006 (España). (URL de A.I.R.I. en solicitud).

Correo electrónico de la Secretaría ( suscripciones, envío de trabajos,etc): 2000victoria@wanadoo.es. URL de la Revista: en solicitud.

**Tarifa de suscripción personal bianual (8 números):**

No existe tarifa; la Revista se envía (electrónicamente) a los asociados de A.I.R.I. con cuota bianual pagada.

Cuota de asociación bianual: € 18. Si un asociado quiere el envío de la Revista en soporte papel las tarifas bianuales son (impuestos incluidos):

	Correo ordinario	Correo certificado
España	€ 24	€ 36
Europa	€ 32	€ 40
América	€ 38	€ 42
Resto del mundo	€ 40	€ 46

**Tarifa de suscripción institucional bianual (8 números):**

Será el resultado de añadir € 14 a tarifa de suscripción personal.

.....  
**Boletín de asociación (y suscripción para instituciones):**

Para *nuevos asociados*, cumplimente y remita este impreso a la Asociación Iberoamericana de Rehabilitación de Invalidos (A.I.R.I.). Para *instituciones* que sólo deseen la suscripción, al Servicio de Suscripciones de la Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica (R.I.R.M.). Dirección de ambas: C /Maldonado 54, 3C, Madrid, 28006 (España). Para *renovaciones*, basta con el pago hecho y un correo electrónico a 2000victoria@wanadoo.es en que se especifique su ejecución.

Marque con un aspa X donde proceda:

(.....) Tomen nota de mi alta como asociado de número de A.I.R.I.

(.....) Tomen nota del alta como institución suscriptora de la R.I.R.M.. Sírvanse iniciar sus envíos a partir de número.....

El importe del alta como socio o bien la suscripción bianual ha de realizarse por *transferencia o giro* a la Cuenta (CCC): 2038 1823 64 6000426774 de Caja de Madrid, (oficina de c/ Corazón de María 78, Madrid, España), indicando la persona que realiza el envío y el concepto de asociación o suscripción . Titular de la cuenta: Asociación Iberoamericana de Rehabilitación de Invalidos.

La información de A.I.R.I. y revista deberá enviarse a:

Don/Doña.....

Domicilio: .....

Población: .....D.P. .... País.....

Tel. .... Fax.....e-mail .. ..

Profesión..... edad.....

## NORMAS PARA EL ENVÍO DE TRABAJOS (en subrayado lo que hay que incluir como tal)

La revista publica todos los artículos en castellano. Los trabajos se enviarán a la dirección de correo 2000victoria@wanadoo.es, acompañando una carta en la que se exprese que es un trabajo original. Se confirmará su recepción. Serán sometidos a revisión por pares, externos a la Revista. Se mantiene anonimato entre autor y revisores. La decisión final de publicación descansa en el Director de la Revista. En caso de que se consideren *aceptados provisionalmente*, se presentaran a la misma dirección en el programa Microsoft Word tal como definen las normas en "Formato de los Trabajos". En el caso de incumplimiento de las normas de presentación, no se aceptará *definitivamente* el trabajo.

### FORMATO DE LOS TRABAJOS

**MUY IMPORTANTE:** El texto irá con la denominación estilo Normal Usar para todo el texto Fuente: Book Antiqua (negrita para el título y epígrafes); 10. En Tablas y Figuras, 8. Para una adecuada maquetación, en los trabajos no ha de haber notas a pie de página, ni a final de texto. No usar tabuladores ni numeración ni viñetas. Serán rechazados aquellos trabajos que lo incumplan.

### PRESENTACIÓN DEL TRABAJO:

**Editorial:** a demanda de la Revista. **Originales:** seguirán el sistema de epígrafes de trabajos científicos: Introducción, Material y métodos, resultados, Discusión, Conclusiones. **Revisiones:** el formato es libre.

**Normas generales.** Se escribirá:

Título del trabajo. Renglón en blanco.

Nombre/s del autor/es.

En el renglón siguiente la institución de origen. En el renglón siguiente: Dirección de correo electrónico para correspondencia: 2 Renglones en blanco. En mayúsculas y negrita: **RESUMEN:** A continuación no más de seis renglones de resumen. En el renglón siguiente: PALABRAS CLAVE: (cinco máximo sin negrita; de Me.S.H.) . En el

renglón siguiente: En mayúsculas y negrita: **ABSTRACT:** (mayúsculas y negrita) . A continuación resumen en Inglés. En el renglón siguiente: KEY WORDS: (cinco máximo sin negrita). Dos renglones en blanco

Ahora se coloca el primer epígrafe del trabajo en negrita. **Epígrafes** (títulos en negrita, los subtítulos en cursiva) del texto en mayúsculas, anteceditos por dos renglones en blanco y seguidos de un renglón en blanco.

En el renglón siguiente a cada epígrafe: se sigue con los **párrafos** en modo normal. Texto del trabajo deberá escribirse con letra normal, sin tabulaciones, sin separarse los párrafos por renglones en blanco. **Gráficos y figuras**, insertados en el texto con aplicaciones de Microsoft Office o como imágenes no deben flotar por el texto. Llevarán breve leyenda autoexplicativa. Las figuras se referenciarán en el texto por números árabes, y las tablas por números romanos, sin

abreviaturas (ej: tabla II, Figura 1).

**BIBLIOGRAFÍA:** Cada obra referida se indica en el texto como cita; y al final del texto alfabéticamente, siguiendo las Normas de Vancouver; no como nota a pie de página.

**Permisos y Copyright.** Los autores deben obtener un original del permiso concedido para reproducir figuras, fotografías o similares, y remitir uno a la editorial. **Extensión máxima del envío:** 15000 caracteres incluyendo espacios y bibliografía; 10000 si lleva figuras y/o tablas.

CUARTA EPOCA  
Volumen XXIV No 62  
2006  
REVISTA IBEROAMERICANA  
DE REHABILITACION MEDICA



*Revista Independiente de Rehabilitación Médica.  
Fundada en 1965*

SUMARIO

- 4 **Editorial**
- 5 **Interacción y mecanismos de influencia en el contexto hospitalario. Algunas perspectivas psicosociológicas.**  
*Rafael González Fernández*

