

La comunicación humana entre profesionales de la salud del primer nivel de atención de salud pública y cuidadoras principales de niñas y niños menores de dos años y su repercusión en las prácticas de alimentación infantil

Human communication between primary health care professionals and primary caregivers of children under two and its impact on infant feeding practices

Rocío Alvarado-Casas*

Instituto Nacional de Salud Pública

Fray Pedro de Gante núm. 12, Col. Belisario Domínguez,
Sección 16, Tlalpan, C.P. 14080, Ciudad de México, México

alvacaro0204@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-5823-5908>

Editor: Rogelio del Prado Flores

Fecha de recepción: 18 de agosto de 2020

Fecha de aceptación: 3 de noviembre de 2020

<https://doi.org/10.36105/stx.2021n6.01>

RESUMEN

Objetivo: Identificar, en los estudios más recientes, los comportamientos durante la consulta en el primer nivel de atención de salud pública a través de la comunicación interpersonal entre profesionales de la salud (PS) y cuidadoras principales (CP) sobre la difusión de las prácticas de alimentación de niñas y niños menores de dos años.

Metodología: El estado del arte corresponde a 13 artículos científicos entre los años de 2016 a 2020 sobre comunicación interpersonal médico-paciente, comunicación organizacional, nivel sociodemográfico, calidad de la comunicación y alimentación infantil y el pilotaje de cuestionarios y entrevistas a profundidad en unidades del primer nivel de

* Investigadora del Departamento de Alimentación, Cultura y Ambiente en el Centro de Investigación en Nutrición y Salud del Instituto Nacional de Salud Pública. Licenciada en Nutrición Humana por la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. Maestra en Salud Pública con área de concentración en nutrición por el Instituto Nacional de Salud Pública. Doctorante en el programa de Investigación de la Comunicación (Centro de Investigación en Comunicación Aplicada) en la Universidad Anáhuac México, Campus Norte.

atención de salud pública. Se incluyeron a PS y CP de un niño menor de dos años. Resultados: El grado de conformidad de la comunicación interpersonal durante la consulta se ve afectado por la calidad de la atención, la información brindada y la consideración de los determinantes sociales de las CP. Conclusión: El flujo de la comunicación entre PS y CP tiene interferencias que no permiten un alto nivel del contenido de la información que se brinda sobre alimentación infantil.

Palabras clave: comunicación humana, comunicación interpersonal, axiomas de la comunicación, alimentación infantil.

ABSTRACT

Objective. To identify, in the most recent studies, the behaviors during the primary care health consultation through interpersonal communication between health professionals (HP) and primary care providers (PC) on the dissemination of feeding practices for children under two years of age.

Methodology. The state of the art corresponds to 13 scientific articles between the years 2016 to 2020 on doctor-patient interpersonal communication, organizational communication, sociodemographic level, quality of communication and child feeding and the piloting of questionnaires and in-depth interviews in units of the first level of public health care. PS and CP of a child under two years old were included. Results. The level of compliance of interpersonal communication during the consultation is affected by the quality of care, the information provided and the consideration of the social determinants of CP. Conclusion. The communication flow between PS and CP has interferences which do not allow a high level of the content of the information provided about child feeding.

Keywords: human communication, interpersonal communication, communication axioms, infant feeding.

INTRODUCCIÓN

Como en la mayoría de los países de la región, la población infantil de México atraviesa por un fenómeno conocido como transición nutricional. Fernández, Martínez, Carrasco y Palma (2017) la caracterizan por la coexistencia de la desnutrición crónica (retardo en el crecimiento), la deficiencia de micronutrientes (como hierro, zinc y vitamina B12), el so-

brepeso (índice de masa corporal, IMC, por arriba de +1 desviación estándar), la obesidad (IMC por arriba de +2 desviaciones estándar) y enfermedades crónicas. A este grupo de padecimientos, tanto por deficiencias como por excesos, se le conoce como la doble carga de la mala nutrición.

Autores como Georgiadis y Penny (2017) y Hernández, Rodríguez y Giménez (2017) han documentado que existe un periodo en la vida del ser humano que permite disminuir los riesgos de la mala nutrición, periodo que abarca los primeros 1000 días de vida, considerados desde la concepción hasta los dos años de edad. Esta etapa de la vida es una ventana de oportunidad para lograr el óptimo crecimiento y desarrollo durante la primera infancia y, de esta manera, contribuir a romper el ciclo intergeneracional de la pobreza, principalmente en países de bajo y mediano ingreso. Georgiadis y Penny (2017) plantean que las acciones durante esta etapa de la vida dirigidas a lograr una nutrición óptima se inician en la atención primaria de salud.

Sin embargo, uno de los grandes desafíos es la difusión adecuada de las acciones para una nutrición óptima en el marco de la consulta en el primer nivel de atención de la salud pública, es decir, mediante la comunicación interpersonal que tiene lugar entre los profesionales de la salud y las cuidadoras principales de niñas y niños menores de dos años sobre la alimentación infantil (Bernal, Pedraza, y Sánchez, 2015). En este sentido, se ha documentado que faltan estudios en México que evalúen el impacto de la comunicación sobre los temas de alimentación en este grupo de edad (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020).

Por lo anterior, consideramos necesario conocer cómo se desarrolla la comunicación interpersonal entre profesionales de la salud y cuidadoras principales, qué se dice sobre los temas de alimentación de niñas y niños en el primer nivel de atención de salud pública y cómo esto puede repercutir en las prácticas de alimentación infantil.

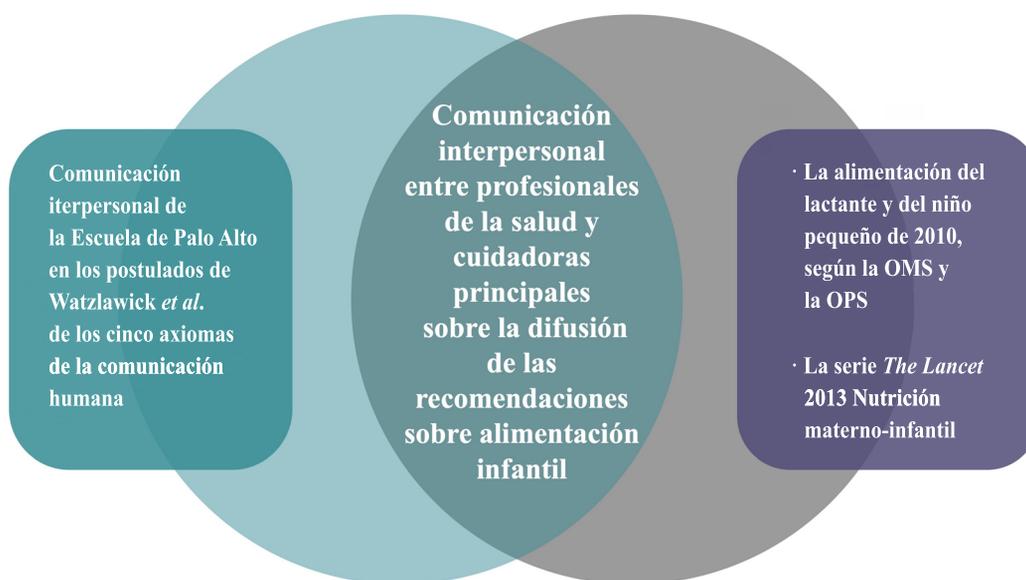
Este artículo presenta la revisión de los estudios más recientes sobre cómo es concebida la comunicación interpersonal entre los profesionales de la salud y sus pacientes en el marco de las instituciones de salud pública, su relación con las características sociodemográficas de unos y otros, y la influencia del nivel educativo de los profesionales de la salud, considerando que tanto la comunicación interpersonal como la organizacional afectan el nivel de calidad de la comunicación y la apropiación de prácticas saludables entre los pacientes. También se presentan los principales resultados de una prueba piloto en la que se utilizaron métodos mixtos a través de entrevistas semiestructuradas y cuestionarios. El propósito fue identificar algunos comportamientos durante la consulta en el primer nivel de atención pública sobre la difusión de las prácticas de alimentación de niñas y niños menores de dos años, que permitan dar lugar a los ajustes pertinentes para su aplicación dentro de una investigación que se realizará en un futuro.

MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUAL

La teoría que orientó la metodología del presente estudio exploratorio se basó en la Escuela de Palo Alto, en los postulados de la teoría de la comunicación humana de Watzlawick, Beavin, y Jackson (1985) y sus cinco axiomas de la comunicación interpersonal.

En relación con las recomendaciones (los mensajes) sobre alimentación para niñas y niños menores de dos años, los conceptos que se retomaron fueron los de la Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño de 2010 de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud y la evidencia científica más reciente presentada en la serie del 2013 sobre nutrición materno-infantil, publicada en la revista científica *The Lancet* (ver Figura 1).

FIGURA 1. DISEÑO DE LA METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN



FUENTE: elaboración propia.

LOS AXIOMAS DE WATZLAWICK *ET AL.*

Para la escuela de Palo Alto “resulta evidente que la comunicación es una condición *sine qua non* de la vida humana y el orden social” (Watzlawick *et al.*, 1985). Según Alsina (2011), en la Escuela de Palo Alto “hacían una aproximación pragmática a la comunicación”. Esta escuela

logra romper con la idea de que la comunicación solo es la transmisión de mensajes de un emisor a un receptor, lo cual “se daba en la teoría matemática de la comunicación y también en el funcionalismo”.

La visión de la comunicación es diferente para los investigadores de Palo Alto, es “un proceso creativo en el que participan múltiples mensajes: los gestos, las palabras, la mirada, el espacio, entre otros. Según el análisis de Cuche (1996) realizado por Alsina (2011), la escuela “hace una aproximación interaccionista a la cultura y en la comunicación intercultural”.

Watzlawick, Beavin y Jackson propusieron en su trabajo *Teoría de la comunicación humana*, publicado originalmente en 1967, que:

toda conducta es comunicación, ya no manejamos una unidad-mensaje monofónica, sino más bien un conjunto fluido y multifacético de muchos modos de conducta –verbal, tonal, postural, contextual, etc.– todos los cuales limitan el significado de los otros. Los diversos elementos de este conjunto (considerado como un todo) son susceptibles de permutaciones muy variadas y complejas, que van desde lo congruente hasta lo incongruente y paradójico (Watzlawick *et al.*, 1985, p. 50).

Ellos tenían un interés centrado en el efecto pragmático de las diversas combinaciones de los elementos señalados en esta teoría sobre las situaciones interpersonales y construyeron un modelo basado en una serie de axiomas, en el que plantean que si alguno de ellos falla, puede propiciar una tergiversación en la comunicación.

Según Wittezaele y García (1994), la presentación de los axiomas “abre la puerta a la creación de un enfoque formal e integrado del comportamiento apoyándose en la noción de comunicación”. A continuación, se describe cada uno de los axiomas:

Axioma 1. *La imposibilidad de no comunicar*

“Si se acepta que toda conducta en una situación de interacción tiene un valor de mensaje... se deduce que por mucho que uno lo intente, no puede dejar de comunicar” (Watzlawick *et al.*, 1985, p. 50).

Axioma 2. *Niveles de contenido y relaciones de la comunicación*

“Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación” (Watzlawick *et al.*, 1985: 56). Este axioma se refiere al “mensaje acerca del mensaje que transmite”, es decir, la actitud del emisor

hacia sí mismo, la actitud del emisor hacia los demás y la actitud del emisor hacia el mensaje” (Figuroa Bermúdez, 2013).

Axioma 3. *La puntuación de la secuencia de hechos*

“La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes”. Esto significa, según Figuroa Bermúdez (2013), que los participantes, durante su interacción “establecen las secuencias de los hechos a su manera”.

Axioma 4. *Comunicación digital y analógica*

“Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa, pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico posee la semántica, pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones” (Watzlawick *et al.*, 1985, p. 68).

Axioma 5. *Interacción simétrica y complementaria*

“Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o en la diferencia” (Watzlawick *et al.*, 1985, p. 70).

Las interacciones pueden entenderse de la siguiente manera:

Interacción simétrica: se caracteriza por la igualdad y por la diferencia mínima (Watzlawick *et al.*, 1985, p. 69).

Interacción complementaria: se basa en sus diferencias. Uno complementa al otro, en ella hay dos posiciones distintas y, en general, uno de los participantes ocupa una posición de superioridad con respecto al otro (Figuroa Bermúdez, 2013), y, por lo tanto, está basada en un máximo de diferencia (Watzlawick *et al.*, 1985, p. 69).

La Figura 2 esquematiza los cinco axiomas de la comunicación interpersonal de la Teoría de la comunicación humana de Watzlawick *et al.* (1985).

FIGURA 2. LOS CINCO AXIOMAS DE LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL DE LA TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA DE WATZLAWICK, BEAVIN Y JACKSON (1985)



FUENTE: elaboración propia.

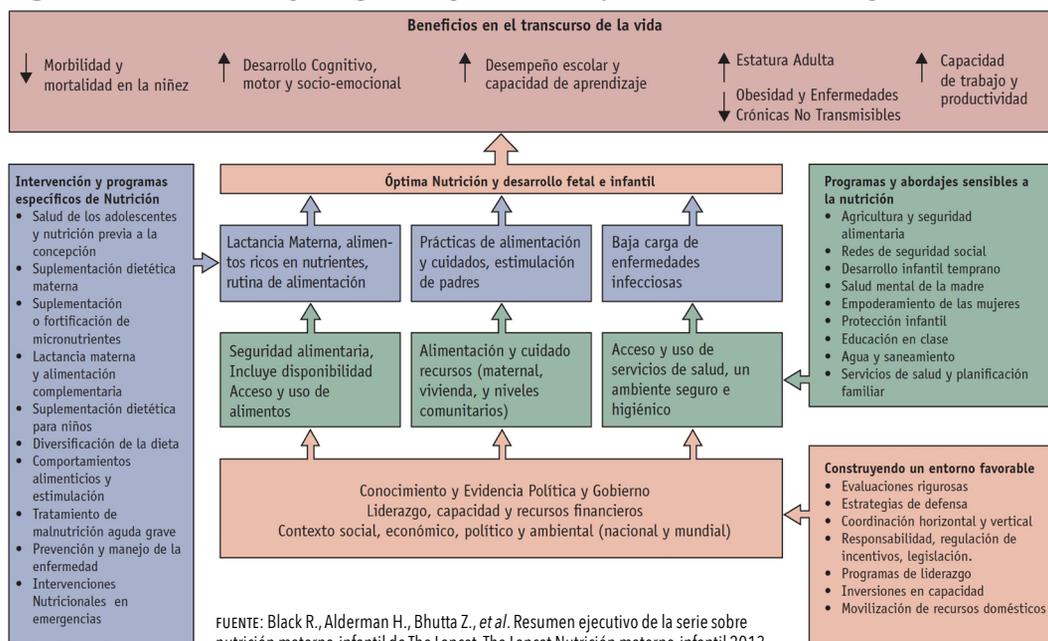
INTERVENCIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA PARA LA PREVENCIÓN DE LA MALA NUTRICIÓN

En el año 2015 se pusieron en marcha los Objetivos del Desarrollo Sostenible de cara al 2030, donde se contempla como uno de los problemas actuales la doble carga de la mala nutrición infantil, e incluye líneas de acción relacionadas tanto con la desnutrición como con el sobrepeso u obesidad; específicamente, en el objetivo número 2, que está dirigido a “poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible” y que en su meta 2.2 habla de la importancia de “poner fin a todas las formas de malnutrición”; y en el objetivo 3, para “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” y que en su meta 3.4 establece que se debe “reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental (Naciones Unidas, 2015).

De acuerdo con la evidencia científica, se ha identificado y demostrado que hay intervenciones eficaces que, en su conjunto, pueden optimizar la nutrición y el desarrollo infantil. Dicha evidencia sugiere que prácticas como la lactancia materna (exclusiva y continuada), la alimentación complementaria, intervenciones para mejorar el estado de micronutrientes en embarazadas y niños y niñas, alimentación saludable podrían reducir sustancialmente el

rápido incremento de peso en la infancia y sus complicaciones en la edad adulta, entre otros problemas por deficiencias nutricionales (Black *et al.*, 2013). La Figura 3 muestra el marco de acciones para lograr una óptima nutrición infantil.

FIGURA 3. MARCO DE ACCIONES PARA LOGRAR UNA ÓPTIMA NUTRICIÓN Y DESARROLLO FETAL E INFANTIL ÓPTIMOS



RECOMENDACIONES INTERNACIONALES PARA LA ALIMENTACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE DOS AÑOS

Durante el periodo de lactancia y la primera infancia es necesario reforzar las acciones que contribuyen a disminuir el riesgo de la mala nutrición infantil tales como i) la promoción de la lactancia materna y ii) una adecuada alimentación complementaria.

En el caso de los lactantes y los niños y niñas menores de dos años, la OMS recomienda:

- El inicio inmediato de la lactancia materna durante la primera hora de vida.
- La lactancia exclusivamente materna durante los seis primeros meses de vida que significa que el lactante recibe solamente leche del pecho de su madre y no recibe

ningún tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua (Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, 2010).

- La alimentación complementaria de los seis meses a los dos años de edad, que es definida como el proceso que inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante y, por lo tanto, son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. Esta alimentación debe ser variada, con la consistencia adecuada según la edad, y suficiente en cantidad y frecuencia (OMS y OPS, 2010) (ver Figura 4).

FIGURA 4. RECOMENDACIONES INTERNACIONALES SOBRE LA ALIMENTACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE DOS AÑOS



FUENTE: elaboración propia.

LA NUTRICIÓN INFANTIL EN MÉXICO

La multicomplejidad de la presencia de la sindemia—término definido por Barquera (2020) como “la combinación de dos o más epidemias que se retroalimentan generando una mayor carga para la salud”— de obesidad y desnutrición infantil en México, vista desde una mirada comunicacional, juega un papel importante en diferentes niveles, desde la difusión de conocimientos, la modificación o reforzamiento de conductas y de normas sociales, los cuales contribuyen a una mejor calidad de vida (Vera, 2009). La importancia de generar estrategias comunicación es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS)

como un componente fundamental para fortalecer y mejorar la salud pública y personal (World Health Organization, 2017).

Contextualizar la problemática de la sindemia de obesidad y desnutrición infantil en el contexto global y nacional permite comprender su importancia en la salud y nutrición infantil como derecho humano, así como su impacto económico y social, lo que a su vez nos permite comprender por qué la comunicación es un elemento transversal en esta problemática.

En el año 2015, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) publicaron los resultados de la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015, y un año más tarde, en 2016, el INSP publicó los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. En ambas encuestas se muestra la gravedad del problema en México: de cada diez niñas y niños menores de cinco años de edad, uno presenta retardo en el crecimiento; dos, sobrepeso u obesidad, y dos más corren el riesgo de presentar sobrepeso y obesidad. Sin dejar a un lado que al menos uno de ellos es posible que presente anemia (Instituto Nacional de Salud Pública y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2015), (Romero-Martínez *et al.*, 2017). Es decir, las afecciones de la doble carga de la mala nutrición aquejan o ponen en riesgo a la mitad de los infantes menores de cinco años en México.

A partir del marco teórico y contextual se puede identificar la relevancia de entender cómo se comporta el fenómeno desde una mirada comunicacional, al conocer la interacción entre los actores y la información que se genera en ese proceso.

ESTADO DEL ARTE

El estado del arte se elaboró en dos etapas en el año 2020. Se buscaron artículos científicos de los años 2016 a 2020, utilizando las siguientes palabras clave: comunicación interpersonal, profesionales de la salud, cuidadoras principales de niños, médico-paciente, comunicación organizacional, nivel sociodemográfico, calidad de la comunicación y alimentación infantil.

La revisión se hizo en la plataforma electrónica de la Biblioteca Anáhuac de las colecciones digitales y revistas indexadas disponibles en las bases de datos electrónicas ProQuest, EBSCO y Redalyc y en los recursos disponibles en la plataforma Google Scholar.

La primera etapa de la búsqueda permitió refinarla e incluir más palabras clave para identificar trabajos afines al presente estudio. La selección final incluye 13 trabajos.

LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL ENTRE PROFESIONALES DE LA SALUD Y CUIDADORAS PRINCIPALES ASOCIADA A LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE AMBOS Y EL NIVEL EDUCATIVO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD RELACIONADA AL NIVEL DE CALIDAD DE COMUNICACIÓN

Los estudios que se analizan a continuación tienen diversos propósitos. En el caso del estudio de Petracci, Schwarz, Sánchez Antelo, y Mendes Diz (2017), su propósito fue comprender la relación médico-paciente desde una perspectiva de comunicación en salud con base en estudios ya existentes, ya que se ubica en el marco sociohistórico de los procesos modernizadores. Los dos trabajos de McKinn, Duong, Foster y McCaffery (2017a y 2017b) tuvieron el objetivo de desarrollar estrategias para mejorar la comunicación de los profesionales de la salud con las comunidades de minorías étnicas para poder identificar las disparidades significativas en la utilización de los servicios de salud, así como las barreras culturales, interpersonales y de comunicación en el grupo étnico.

Tres estudios se centraron en la satisfacción del paciente y la calidad del servicio como predictores de una adecuada comunicación. Larson, Leslie y Kruk (2017) determinaron el alcance de la comunicación con el proveedor, los predictores de una buena comunicación y la asociación entre la comunicación con el proveedor y los resultados del paciente, como la satisfacción del paciente, en siete países del África subsahariana, como base para mejorar la comunicación clínica y la experiencia del paciente en los países de ingreso bajo y medio (PIBM).

Por su parte, el estudio de Waweru, Sarkar, Ssengooba, Gruénais, Broerse y Criel (2019) tuvo como objetivo identificar las opiniones de las partes interesadas relevantes sobre la calidad actual de los servicios de atención primaria de salud, y su comprensión de la calidad de atención centrada en el paciente, para comprender cómo el concepto de la calidad de atención centrada en el paciente se puede implementar en un contexto subsahariano con recursos limitados como Uganda. En el estudio de Ahmed (2020), se evaluó el nivel de satisfacción de las mujeres con respecto a la comunicación verbal y no verbal de las parteras y médicos en la sala de parto, así como la asociación entre este nivel de satisfacción, las características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres y su satisfacción general con la atención durante el trabajo de parto y el parto.

En relación con la metodología, en el estudio transversal, cuantitativo, multipaís de Larson *et al.* (2017), se utilizaron datos de encuestas recientes de evaluación de la provisión de servicios de siete países del África subsahariana. Estas encuestas incluyeron la evaluación de las aportaciones y los procesos de los establecimientos de salud, así como entrevistas con

los cuidadores de niños enfermos. Estos datos incluyeron 3898 establecimientos de salud y 4627 proveedores de salud. Participaron 16 352 cuidadores que visitaron la instalación por sus hijos enfermos. Se desarrolló un índice de cuatro elementos de comunicación del proveedor recomendados para la evaluación de un niño enfermo según las pautas de la OMS. Se evaluaron posibles predictores de la comunicación con el proveedor y se consideró si una mejor comunicación con el proveedor estaba asociada con la intención de regresar al centro para recibir atención. El cálculo de la calidad de la comunicación fue la proporción de los cuatro temas analizados en cada visita.

El trabajo de Ahmed (2020) también consistió en un estudio transversal en una muestra a conveniencia de 1196 mujeres que habían dado a luz en el año anterior, reclutadas en un periodo de aproximadamente tres meses en el año 2019 en la ciudad de Erbil, Irak. Los datos se obtuvieron mediante un cuestionario que incluía información sociodemográfica, obstétrica y 28 ítems relacionados con la comunicación verbal y no verbal de médicos y parteras en la sala de partos. Se utilizaron pruebas de chi-cuadrada para encontrar la asociación entre variables dependientes e independientes.

Por su parte, los estudios de McKinn *et al.* (2017a y 2017b) utilizaron métodos cualitativos, realizaron discusiones en grupos focales con 37 mujeres de minorías étnicas tailandesas y hmong que estaban embarazadas o eran madres de niños menores de cinco años que pertenecían a la provincia de Dien Bien; el análisis que realizaron fue temático. En el caso de Waweru *et al.* (2019), utilizaron de igual manera el método cualitativo. Este estudio se realizó en Uganda a nivel nacional, pero con un enfoque en tres centros de salud públicos y tres privados. La recolección de datos consistió en 49 entrevistas en profundidad, siete grupos focales y 14 reuniones de retroalimentación con pacientes, trabajadores de la salud, formuladores de políticas y la academia. Las entrevistas y discusiones exploraron las percepciones de todas las partes interesadas sobre los aspectos interpersonales de la atención primaria de salud de calidad y los significados asociados al concepto de la atención centrada en el paciente. También se llevó a cabo un análisis de contenido de los documentos de política de Uganda que mencionan la atención centrada en el paciente. El análisis de contenido temático se llevó a cabo utilizando NVivo 11 para organizar y analizar los datos.

El estudio de Petracci *et al.* (2017) realizó una revisión sistemática de la literatura académica sobre la relación médico-paciente durante el período 1980-2015, recopilada a partir de palabras clave de colecciones digitales y revistas indexadas disponibles en tres bases de datos electrónicas: SISBI, Scielo y Dialnet.

Los marcos teóricos que guiaron los estudios revisados se centraron en la rama de las ciencias médicas y de la salud. En el caso de los estudios de McKinn *et al.* (2017a; 2017b), las vías causales que vinculan los conocimientos de salud con los resultados de la salud,

la alfabetización sanitaria, acciones sanitarias y el marco de la psicología de la salud, así como el enfoque pragmático del problema del conocimiento en la psicología de la salud y las etnografías enfocadas con énfasis en la investigación de la salud. En el caso de Petracci *et al.* (2017), el modelo de relación médico-paciente desde el campo de las comunicaciones sanitarias; plantea que la comunicación no es una mera transmisión de información de un profesional a un paciente, sino que es un proceso complejo en el que participan otros actores en el contexto de los cambios sociales y comunicativos contemporáneos.

Waweru *et al.* (2019) utilizaron el modelo de Donabedian para la mejora de la atención de la salud a fin de clasificar las percepciones de los interesados sobre la calidad de la atención primaria de la salud en las categorías de *estructura, proceso y resultado* para la mejora de la calidad de la atención de la salud. Dicho modelo fue perfeccionado con la propuesta de Akachi y Kruk sobre la forma de medir los cambios en la calidad de la atención y la inclusión de la experiencia de los usuarios como medida de los resultados en la evaluación de la calidad. Utilizaron el marco de Hudon *et al.* de 2011 sobre los procesos de atención que tienen en cuenta la relación interpersonal entre el paciente y el proveedor, que combina definiciones de Stewart *et al.* de 2003 y Mead y Bower del 2000. Estos dominios incluyen la exploración de las percepciones sobre la salud y la experiencia de la enfermedad, la comprensión de la persona en su conjunto, la búsqueda de un terreno común, la mejora de la relación entre el paciente y el médico y la promoción de la salud. También incorporaron el marco conceptual de Santana *et al.* de 2018 sobre cómo practicar la atención centrada en la persona, que se centra en el dominio estructural relacionado con el sistema de atención de la salud o el contexto en el que se presta la atención.

En dos de los estudios el marco teórico se basó en las pautas establecidas por la OMS. Larson *et al.* (2017) utilizaron las directrices de la OMS de 2014 para el tratamiento integrado de las enfermedades infantiles para identificar los elementos esenciales de la comunicación del proveedor durante las visitas de niños enfermos, los cuales son una declaración clara del diagnóstico del niño y del plan de tratamiento y seguimiento recomendado. Por su parte, Ahmed (2020) se basa en las habilidades de comunicación y las recomendaciones de la OMS sobre la comunicación eficaz entre los proveedores de atención de la maternidad y las mujeres en trabajo de parto.

Entre los principales hallazgos de los estudios revisados, el de Petracci *et al.* (2017) seleccionó 84 artículos de la búsqueda inicial e identificó tres ejes temáticos de la relación médico-paciente durante el período analizado, que fueron satisfacción del paciente, modelos de relación entre profesionales y pacientes y el uso de salud móvil. Este último demuestra la transformación actual del orden social y comunicativo. Los otros tres trabajos, en general, identificaron resultados positivos en la comunicación entre el personal de salud y sus pacien-

tes. Por ejemplo, el trabajo de McKinn *et al.* (2017a) encontró que las mujeres de minorías étnicas generalmente informaron que los profesionales de la salud entregaron información de salud en un estilo didáctico y unidireccional, y que se dependía de la información escrita, como manuales de salud materno-infantil, en lugar de la comunicación interpersonal.

La información de salud que recibieron, tanto verbal como escrita, a menudo no era específica y no se ajustaba al contexto de sus circunstancias personales. Por tanto, las mujeres debían asumir un papel más activo en las interacciones interpersonales para satisfacer sus propias necesidades específicas de información, pero luego se enfrentaron a otros desafíos, como las diferencias de idioma y género con los profesionales de la salud, las limitaciones de tiempo y la renuencia a hacer preguntas. Estos factores dieron como resultado que las mujeres interpretaran la información de salud de diversas maneras, que a su vez impactaron sus comportamientos de salud.

Los profesionales de la salud del estudio de McKinn *et al.* (2017b) tenían en su mayoría percepciones positivas sobre su comunicación con las mujeres de las minorías étnicas. Sin embargo, en general percibían que la eficacia de su comunicación se basaba en la capacidad individual de las mujeres para comprender la información sobre la salud (tanto el idioma utilizado como el contenido) y en factores como las diferencias étnicas y culturales, en lugar de reflexionar sobre la idoneidad de la información y los materiales o sobre sus propias aptitudes de comunicación. Esto hacía que gran parte de la carga de la comunicación y de la comprensión de la información sanitaria recayera en las mujeres de las minorías étnicas y sus familias.

En los resultados de Larson *et al.* (2017), la puntuación media del indicador compuesto de comunicación con el proveedor fue baja, del 35% (DE 26.9). El 54% de los cuidadores informaron que se les informó el diagnóstico del niño y solo el 10% informó que se les aconsejó sobre la alimentación del niño. El logro educativo de los cuidadores y la educación y capacitación previas al servicio del proveedor en el manejo integrado de enfermedades infantiles se asociaron con una mejor comunicación. Los establecimientos privados con mejor infraestructura recibieron puntuaciones de comunicación más altas. Los cuidadores que informaron una mejor comunicación fueron significativamente más propensos a manifestar la intención de regresar a la instalación (riesgo relativo: 1.19; IC del 95%: 1.16 a 1.22).

Finalmente, los dos últimos dos estudios exponen resultados menos positivos. En el estudio de Waweru *et al.* (2019) destacan las diferentes percepciones de la atención centrada en el paciente entre los grupos interesados de Uganda, los cuales coinciden en la necesidad de involucrar a los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud, el papel clave de los trabajadores de la salud en ese esfuerzo, y la importancia del contexto en el diseño e implementación de soluciones.

El estudio de Ahmed (2020) encontró que, aunque el 58.4% de las mujeres se mostraron satisfechas en general con la comunicación de parteras y médicos en la sala de partos, un gran porcentaje, 41.6%, no estaba satisfecho, y solo el 14.6% y el 27.3% de las mujeres estaban completamente satisfechas con la comunicación verbal y no verbal de los proveedores de atención médica, respectivamente. Hubo una asociación estadísticamente significativa entre la satisfacción de las mujeres con la atención durante el trabajo de parto y su satisfacción con la comunicación de los proveedores de atención médica. El 70.4% de las mujeres que estaban satisfechas con la atención durante el parto, también estaban satisfechas con la comunicación del personal de la sala de partos. Hubo asociaciones estadísticamente significativas entre la satisfacción de las mujeres con la comunicación de parteras y médicos, su nivel de educación, un estatus socioeconómico con paridad de género, haber presentado un parto de feto muerto o la muerte de un neonato, así como el lugar de su último parto.

De los trabajos analizados, en tres de ellos (Ahmed, 2020; McKinn *et al.*, 2017a; y McKinn *et al.*, 2017b) se resalta en sus conclusiones lo positivo que puede ser el mejorar la comunicación interpersonal entre paciente-personal de salud. En el trabajo de Ahmed (2020), este concluye que la satisfacción de las mujeres con la comunicación verbal y no verbal de los proveedores de atención médica en la sala de partos se asoció con su satisfacción durante la atención del parto. Mejorar las habilidades de comunicación de los proveedores de atención médica puede ser una parte considerable de la mejora de la atención en este servicio, algo en lo que concuerdan McKinn *et al.* (2017a), quienes proponen además, que la capacitación en comunicación para profesionales de la salud podría incluirse junto con la implementación a nivel nacional de información escrita para mejorar la comunicación.

Destacan que el fomento de la comunicación bidireccional y las actitudes centradas en el paciente entre los profesionales de la salud podría ayudar a mejorar su comunicación con las mujeres de minorías étnicas. Sin embargo, en el estudio de McKinn *et al.* (2017b) se puede observar que los profesionales de la salud percibían la comunicación de un solo sentido como la forma adecuada para el suministro de información sanitaria, y rara vez reconocían el carácter interactivo de la comunicación.

Por su parte, los estudios de Larson *et al.* (2017), Waweru *et al.* (2019) y Petracci *et al.* (2017) se centran en las vías para lograr una mejor comunicación interpersonal paciente-personal de salud. Por ejemplo, en Larson *et al.* (2017) los resultados destacan la importancia de probar las estrategias que mejoran la comunicación clínica como un medio para mejorar los resultados y la experiencia del paciente en los PIBM. Debido a que las brechas de comunicación parecían ser mayores para los cuidadores con menor nivel educativo, estas estrategias podrían centrarse en dirigirse a esta población. Los puntos de entrada adicionales para las estrategias para mejorar la comunicación clínica pueden

centrarse en el personal sin una sólida formación clínica y en los que se encuentran en establecimientos públicos.

En el estudio de Waweru *et al.* (2019) se recomiendan tres vías esenciales para garantizar la implementación sostenible y eficaz de los enfoques de la atención centrada en el paciente en contextos de ingresos bajos y medios. En primer lugar, los foros que incluyan una amplia gama de partes interesadas pueden ofrecer una oportunidad poderosa para obtener una visión inclusiva sobre el tema en Uganda. En segundo lugar, la necesidad de realizar esfuerzos para garantizar que la mejora de la comunicación y el intercambio de información se traduzcan en una toma de decisiones compartida real y, por último, el sistema de salud de Uganda debe fortalecer su compromiso con la transformación de un sistema de trabajadores de salud comunitarios a un sistema de salud comunitario más integral. Transversal a todo el análisis, se plantea la necesidad de abordar, de una manera culturalmente sensible, las muchas barreras estructurales en el diseño e implementación de políticas de la atención centrada en el paciente.

Finalmente, Petracci *et al.* (2017) concluyen que la dimensión comunicacional de la salud entendida como un proceso complejo en el marco de los procesos modernizadores es una mirada que contribuye a comprender los cambios producidos en la relación médico-paciente, que puede favorecer u obstruir la fluidez de la relación. Los autores sugieren que el uso de salud móvil podría introducir nuevos equilibrios en la relación médico-paciente. Por una parte, podría alejar a los pacientes de la tutela paternalista de los médicos, pero, por otra parte, en este estudio se identificó que el uso de la salud móvil generó entre los pacientes la necesidad de capacitación para ejercer mejor esas prácticas. Además, cuestionaron más los consejos de los profesionales.

LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL ENTRE PROFESIONALES DE LA SALUD Y PACIENTES Y LA COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL GENERADA EN LA ATENCIÓN DE SALUD PÚBLICA RELACIONADA AL NIVEL DE CALIDAD DE COMUNICACIÓN

Los trabajos de Andersson (2016), Romanelli (2017), Arboleda-Posada y Cardona-Jiménez (2018), Farmanova, Bonneville y Bouchard (2018) y Elvie (2019) tuvieron como propósito destacar las barreras y facilitadores para la implementación de la alfabetización organizacional. En el caso de Farmanova *et al.* (2018) el objetivo fue revisar las teorías y los marcos que informan el concepto de alfabetización en salud organizacional, los atributos de la alfabetización en salud organizacional como se describe en las guías, la evidencia de la efectividad de las guías e identificar las barreras y facilitadores, para implementar la alfabetización en salud

organizacional. Los enfoques conceptuales de alfabetización organizacional se centran en el *qué* y el *cómo*, donde el *qué* representa teorías que ayudan a crear visión y el *cómo* propone marcos operativos para apoyar la acción en alfabetización organizacional.

El trabajo de Romanelli (2017) se centró en identificar los impulsores que lideran las organizaciones y sistemas de atención médica para diseñar y seguir un camino social y económico sostenible para crear valor público a lo largo del tiempo, y el trabajo de Arboleada-Posada y Cardona-Jiménez (2018) examinó la percepción de la satisfacción con la labor desempeñada y los factores de motivación del personal de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) del valle de Aburrá, Colombia, en el año 2011, ya que la satisfacción laboral en los servicios de salud está implicada en la calidad asistencial, de ahí la importancia de su medición en los trabajadores de las instituciones sanitarias.

El estudio de Lloyd *et al.* (2018) identificó la base de evidencia para estrategias efectivas para crear organizaciones alfabetizadas en salud. Por su parte, la investigación de Heshmati *et al.* (2020) tuvo similitudes al buscar aclarar el modelo integral de barreras de educación para la salud del sistema de salud en Irán.

El trabajo de Pfeiffer *et al.* (2019) buscó diseñar e implementar un programa piloto de desarrollo de liderazgo de 18 meses en el Hospital Regional de Greater Accra, Ghana para promover el parto seguro y la atención compasiva en colaboración con profesionales de la salud.

Por su parte, el trabajo de Andersson (2016) consistió en explorar y analizar patrones de comunicación y las actividades de transición para poder describir las barreras de comunicación en un proyecto de planificación empresarial interorganizacional y algunas formas de superarlas. El trabajo de Elvie (2019) tuvo como objetivo conocer la influencia de la cultura organizacional, la compensación y la comunicación interpersonal en el desempeño del empleado, a través de la motivación laboral.

En estos trabajos se destacan tres principales tipos de metodología: las revisiones de la literatura (Andersson, 2016; Farmanova *et al.*, 2018; Romanelli, 2017, y Lloyd *et al.*, 2018), los estudios que incluyeron metodología cualitativa (Andersson, 2016; Heshmati *et al.*, 2020; Pfeiffer *et al.*, 2019) y los estudios que utilizaron metodología cuantitativa (Arboleada-Posada y Cardona-Jiménez, 2018; Elvie, 2019; Pfeiffer *et al.*, 2019).

Los estudios que únicamente incluyeron revisiones de la literatura fueron los de Romanelli (2017), Farmanova *et al.* (2018) y Lloyd *et al.* (2018). En el caso de Romanelli (2017), se basó en datos de archivo extraídos del análisis y revisión de la literatura sobre la importancia de los procesos de acreditación, la relevancia de la gestión de los recursos humanos y la introducción de tecnología en las organizaciones de salud. Por su parte, el de Farmanova *et al.* (2018) fue sobre la base de un método de revisión metanarrativa; se revisaron 48 publicacio-

nes, de las cuales 15 se ocuparon de las teorías y los marcos operativos, 20 presentaron guías de alfabetización en salud y 13 abordaron la implementación guiada de la alfabetización en salud organizacional. Se realizó un análisis de contenido y artículos seleccionados se agruparon por temas de estudio en las siguientes categorías: estudios que abordan el desarrollo de la teoría y concepto de alfabetización organizacional, guías de alfabetización en salud desarrolladas para informar la transición de una organización sanitaria a una persona con conocimientos de salud, organización sanitaria, y estudios que informan sobre la aplicación de guías de alfabetización en salud. Se registraron las siguientes características de mejora de la calidad para cada guía: formación de equipos, establecimiento de objetivos específicos, evaluación/análisis de brechas, establecimiento de medidas, comunicación/sensibilización, desarrollo de un plan de mejora de la alfabetización en salud, pruebas de cambios, seguimiento del progreso, mantenimiento de esfuerzos y ampliación. En el caso del trabajo de Lloyd *et al.* (2018) se realizó una revisión sistemática y síntesis narrativa de estudios empíricos. Se realizaron búsquedas en las bases de datos de Medline, Embase, PsycInfo y CINHALL en busca de estudios empíricos de países de la OCDE publicados a partir de 2008, centrados en intervenciones de alfabetización sanitaria a nivel organizativo. El análisis de los hallazgos se basó en el marco de cinco dimensiones de las Academias Nacionales para los atributos de una organización con conocimientos de salud, que incluyen: compromiso organizacional, infraestructura educativa y tecnológica accesible, fuerza laboral aumentada, políticas y prácticas integradas y comunicación bidireccional efectiva. El título y el resumen de 867 registros se examinaron de acuerdo con los criterios de selección, lo que llevó a la revisión del texto completo de 125 artículos. Se identificaron siete estudios en la literatura de revisión por pares.

Los trabajos de Arboleda-Posada y Cardona-Jiménez (2018), Elvie (2019) y Pfeiffer *et al.* (2019) incluyeron metodología cuantitativa. En el caso de Arboleda-Posada y Cardona-Jiménez (2018) el estudio fue transversal y la ejecución se llevó a cabo mediante la aplicación de encuestas en las instituciones públicas y privadas de alta y mediana complejidad en el valle de Aburra, Colombia, en el 2011. De un total de 374 instituciones, fueron elegidas aleatoriamente 69, con una muestra de 224 empleados, lo que aseguraba que estuvieran incluidos ambos niveles de atención y los sectores público y privado. Se incluyó a personal que laboraba en las instituciones al momento de aplicación de la encuesta, con más de un año de laborar en la institución, sin importar el tipo de contrato, con formación técnica, tecnológica, profesional, especialista, magíster o doctorado. La encuesta fue de opción múltiple e incluyó las variables de satisfacción laboral y motivaciones para el desempeño laboral.

La muestra en la investigación de Elvie (2019) fue de 92 empleados. La técnica de muestreo se realizó mediante método de censo con técnica de muestreo saturado, por lo que se

utilizó toda la población como muestra. Las variables de la investigación en cultura organizacional: compensación, comunicación interpersonal, motivación laboral, desempeño del empleado. Para la recolección de datos se utilizaron cuestionarios, y las respuestas de los empleados fueron puntuadas con referencia a la escala de Likert. El método de análisis y prueba de hipótesis de este estudio, de acuerdo con sus objetivos, fue medir la influencia de las variables independientes: cultura organizacional, compensación y comunicación interpersonal, sobre la variable dependiente de rendimiento de los empleados, que implicó la medición de la variable motivación laboral en la que se utilizó el análisis de regresión lineal múltiple.

Por su parte, Pfeiffer *et al.* (2019) diseñaron e implementaron un programa piloto de desarrollo de liderazgo de 18 meses en el Hospital Regional de Greater Accra, un centro de atención terciaria en Ghana. Se utilizó un enfoque de capacitación multimodal para incluir entrenamiento individual, discusiones participativas, juegos de roles y sesiones didácticas sobre estilos de liderazgo, inteligencia emocional, comunicación, responsabilidad y cuidado compasivo. Una muestra representativa de 140 miembros del personal de ocho salas de hospital distintas y 19 rangos participó en varios componentes del programa de liderazgo desde enero de 2014 hasta junio de 2015. Al final del programa se administró un cuestionario de cinco puntos en el que se pedía a los participantes que evaluaran los componentes más valiosos del programa desde el punto de vista personal, los métodos de enseñanza más significativos para el aprendizaje y el desarrollo del liderazgo, los retos de liderazgo y prioridades que fueron bien atendidas o no totalmente atendidas, y sus percepciones generales y retroalimentación sobre el programa de liderazgo. Se realizó una evaluación adicional durante las sesiones de entrenamiento individual, pidiendo a los participantes en un ambiente de uno a uno que informaran sobre sus principales logros del programa, los desafíos específicos que pretendían abordar usando nuevas habilidades de liderazgo, y el progreso hacia el logro de sus metas y objetivos de liderazgo.

Finalmente, en relación con las variables y categorías en estos trabajos se puede identificar una heterogeneidad. Sin embargo, se destaca que dos de los estudios (Heshmati *et al.*, 2020; Andersson, 2016) analizaron las barreras en la comunicación desde diferentes niveles y metodologías. En el estudio de Heshmati *et al.* (2020) se seleccionó a 21 expertos en salud y médicos de diferentes niveles del sistema de salud, un exdiputado de salud del Ministerio de Salud y 26 trabajadores comunitarios de salud (TCS) mediante muestreo intencional. Los datos se recopilaron a través de entrevistas individuales semiestructuradas y discusiones grupales y se analizaron simultáneamente mediante análisis de contenido convencional. Se extrajeron cinco temáticas: las barreras individuales, interpersonales, organizacionales, de la comunidad y del contexto. Por su parte, en el estudio de Andersson (2016) se realizaron

estudios iniciales de documentación y el uso de métodos cualitativos, como observaciones a los participantes, entrevistas complementarias y estudios de documentación, para poder encontrar y describir las barreras de comunicación para el desarrollo de la organización. Se identificaron las barreras de comunicación a través de observaciones a los participantes de los patrones de comunicación en las reuniones del proyecto, estudios de documentación y entrevistas en profundidad. En esta investigación se incluyeron: el enfoque de las palabras comunicadas, el tono de voz, el uso de metáforas tal como fueron expresadas, se señaló en qué se centraron los participantes en las discusiones, el sistema o la organización, se observó si discutieron y desarrollaron el entendimiento y el conocimiento mutuo sobre cómo cambiar a la organización o desarrollar el sistema o si simplemente discutieron sobre cómo lidiar con errores y resolver problemas.

El Cuadro 1 permite establecer de una forma sintetizada las divergencias y puntos de encuentro de los materiales y métodos que se emplearon en los estudios analizados.

CUADRO 1. DIVERGENCIAS Y SIMILITUDES DE LOS MATERIALES Y MÉTODOS EN LOS ESTUDIOS DE COMUNICACIÓN INTERPERSONAL ENTRE PROFESIONALES DE LA SALUD Y PACIENTES, RELACIONADA AL NIVEL DE CALIDAD DE COMUNICACIÓN

AUTOR (AÑO)	METODOLOGÍA/ TIPO INSTRUMENTOS	VARIABLES (ESTUDIOS CUANTITATIVOS) / CATEGORÍAS (ESTUDIOS CUALITATIVOS)	POBLACIÓN DE ESTUDIO/N
Andersson (2016)	Mixta		
	Revisión literatura	Barreras de comunicación para el desarrollo de la organización: <ul style="list-style-type: none"> • Competencia limitada de la tecnología de la información y del conocimiento de los términos • Actitudes e influencia social • Inquietudes tecnológicas • Actividades de enlace limitadas en el equipo • Quedan cerrados al cambio y se centran a la contratación 	12 documentos

AUTOR (AÑO)	METODOLOGÍA/ TIPO INSTRUMENTOS	VARIABLES (ESTUDIOS CUANTITATIVOS) / CATEGORÍAS (ESTUDIOS CUALITATIVOS)	POBLACIÓN DE ESTUDIO/N
Andersson (2016)	Cualitativa: <ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque en las palabras comunicadas, el tono de voz, el uso de metáforas, verbatim • Entendimiento y conocimiento sobre cómo: <ul style="list-style-type: none"> -cambiar la organización -desarrollar el sistema -lidiar con errores y resolver problemas 	16 entrevistas
	<ul style="list-style-type: none"> • Observaciones 	Observaciones de los participantes de los patrones de comunicación en las reuniones del proyecto	11 observaciones de los participantes en el marco de las reuniones del proyecto durante seis meses
Romanelli (2017)	Revisión literatura	Procesos de acreditación <ul style="list-style-type: none"> • Relevancia de la gestión de los recursos humanos • Introducción de tecnología en las organizaciones de salud 	54 estudios: <ul style="list-style-type: none"> • datos de archivo • datos cualitativos obtenidos mediante el análisis y el examen de la bibliografía
Farmanova, <i>et al.</i> (2018)	Revisión metanarrativa	Temáticas de estudio: <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de la teoría y concepto de alfabetización organizacional • Desarrollo de guías de alfabetización en salud • Aplicación de guías de alfabetización en salud • Registro de características de mejora de la calidad de las guías 	48 publicaciones: <ul style="list-style-type: none"> • 15 de las teorías y los marcos operativos • 20 de guías de alfabetización en salud • 13 de la implementación guiada de la alfabetización en salud organizacional
Lloyd, <i>et al.</i> (2018)	Revisión sistemática y síntesis narrativa de estudios empíricos	Atributos de una organización con conocimientos de salud: <ol style="list-style-type: none"> 1. Compromiso organizacional 2. Infraestructura educativa y tecnológica accesible 3. Fuerza laboral aumentada 4. Políticas y prácticas integradas 5. Comunicación bidireccional efectiva. 	Intervenciones de alfabetización sanitaria a nivel organizativo: <ul style="list-style-type: none"> • 867 títulos y resúmenes • 125 textos completo • 7 estudios de revisión por pares

AUTOR (AÑO)	METODOLOGÍA/ TIPO INSTRUMENTOS	VARIABLES (ESTUDIOS CUANTITATIVOS) / CATEGORÍAS (ESTUDIOS CUALITATIVOS)	POBLACIÓN DE ESTUDIO/N
Arboleda-Posada y Cardona-Jiménez (2018)	Cuantitativa: Encuestas	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se siente con la labor desempeñada en la institución? (muy satisfecho, satisfecho, ni satisfecho ni insatisfecho, insatisfecho, muy insatisfecho) • ¿Qué lo motiva en la institución para el desempeño de sus labores (puede elegir varias opciones): salario, reconocimiento, ambiente de trabajo, cargo, bonificaciones, posibilidad de ascenso y promoción institucional, • ¿Otros?, ¿cuáles? 	Elección aleatoria de 69 instituciones, muestra de 224 empleados de mediana y alta complejidad atención de los sectores público y privado
Elvie, (2019)	Cuantitativa: Cuestionarios	Compensación, comunicación interpersonal, motivación laboral, desempeño del empleado	92 empleados
Pfeiffer, <i>et al.</i> (2019)	Mixta		
	Cuantitativa: Cuestionarios	Componentes más valiosos del programa de capacitación sobre liderazgo: <ol style="list-style-type: none"> 1. Punto de vista personal 2. Métodos de enseñanza más significativos para el aprendizaje y el desarrollo del liderazgo 3. Retos de liderazgo 4. Prioridades que fueron bien atendidas o no totalmente atendidas 5. Percepciones generales y retroalimentación sobre el programa 	8 salas de hospital distintas 140 miembros del personal de salud (19 rangos)
	Cualitativa: Entrevistas	<ul style="list-style-type: none"> • Principales logros del programa • Desafíos específicos que pretendían abordar usando nuevas habilidades de liderazgo • Progreso hacia el logro de sus metas y objetivos de liderazgo 	

AUTOR (AÑO)	METODOLOGÍA/ TIPO INSTRUMENTOS	VARIABLES (ESTUDIOS CUANTITATIVOS) / CATEGORÍAS (ESTUDIOS CUALITATIVOS)	POBLACIÓN DE ESTUDIO/N
Heshmati, <i>et al.</i> (2020)	Cualitativa: <ul style="list-style-type: none"> • entrevistas • discusiones grupales 	Barreras: <ul style="list-style-type: none"> • Individuales • Interpersonales • Organizacional • Comunidad • Contextuales 	21 expertos en salud y médicos de diferentes niveles del sistema de salud 1 exdiputado de salud del Ministerio de Salud 26 trabajadores comunitarios de salud

FUENTE: elaboración propia.

Dos de los estudios retoman teorías administrativas. El estudio de Andersson (2016) se integra de estrategias comerciales, estrategias organizacionales y estrategias de información, y en el caso de Romanelli (2017), incluye la gestión de los recursos humanos para la sostenibilidad, lo cual implica prestar atención al factor humano con respecto al entorno humano y social valorando el papel de los recursos humanos. El sistema de atención de la salud integrado en sistemas sociales, industriales y políticos más amplios que considera a las organizaciones de atención de la salud en diferentes niveles: el individuo, el grupo o equipo, la organización y el sistema más amplio en el que las organizaciones operan y están integradas al reconocer la importancia de algunos aspectos esenciales. Las propiedades fundamentales para gestionar con éxito un trabajo de mejora de la calidad: el papel del liderazgo y el desarrollo de equipos eficaces; la relevancia de la cultura para sostener el aprendizaje en el proceso de cuidado; la adopción de tecnologías de la información y la comunicación (TIC). El estudio de Pfeiffer *et al.* (2019), al igual que el de Romanelli (2017), en el que se utilizaron los principios de la OMS, destaca el liderazgo como esencial para fortalecer los sistemas de salud y mejorar los resultados de salud, y aboga por el desarrollo del liderazgo entre los trabajadores de la salud en los países de ingresos bajos y medios que, en general, trata sobre la necesidad de capacitación en liderazgo del personal de primera línea en entornos hospitalarios y la evidencia prometedora de su valor.

Los estudios que incluyen los principios de alfabetización en salud son los de Lloyd *et al.* (2018) y Heshmati *et al.* (2020). En el caso del primer trabajo, retoma los principios de la alfabetización en salud, por considerar que esta es necesaria para que en la atención de la salud se brinden servicios, educación e información más apropiados para las personas

con bajos conocimientos de salud y para que las organizaciones también puedan desarrollar conocimientos, habilidades y capacidades individuales, familiares y comunitarias. Considera que las principales estrategias utilizadas para mejorar la alfabetización sanitaria incluyen: proporcionar información sanitaria, investigar y compartir conocimientos sobre alfabetización en salud, mejorar las habilidades de las personas, examinar o cambiar el entorno de los servicios de salud, formación del personal sanitario y desarrollo de políticas y marcos de la Comisión Australiana de Seguridad y Calidad en la Atención de la Salud. En el estudio de Heshmati *et al.* (2020), además de lo antes mencionado se incluye a la educación en salud.

Las investigaciones de Farmanova *et al.* (2018), Arboleda-Posada y Cardona-Jiménez (2018) y Elvie (2019) centran su investigación en teorías de la comunicación organizacional. Tal es el caso de la investigación de Farmanova *et al.* (2018) que se basa en los principios de pragmatismo, pluralismo, reflexión y salud organizacional; este último se describe como un esfuerzo de toda la organización para transformar la organización y la prestación de atención y servicios para facilitar a las personas navegar, comprender y usar la información y los servicios para cuidar su salud. Lo anterior se vincula con el estudio de Arboleda-Posada y Cardona-Jiménez (2018) en el que el bienestar laboral, la calidad de vida laboral, la relación interpersonal con jefes y compañeros, la satisfacción laboral, el clima organizacional, la remuneración, así como los incentivos, son medios importantes que las organizaciones pueden utilizar para atraer, retener, motivar, dar satisfacción y mejorar los resultados del personal. Por su parte, Elvie (2019) retoma la cultura organizacional como una variedad de interacciones de las características de los hábitos que afectan a grupos de personas en su entorno. También incluye a la motivación laboral como una fuerza psicológica que determina la dirección del nivel de esfuerzo y perseverancia de uno y también es fundamental para la gestión, porque explica cómo se comportan las personas y cómo trabajan dentro de la organización.

Por otra parte, los estudios que mostraron resultados en temáticas referentes a estudios organizacionales y sobre comunicación interpersonal son los de Pfeiffer *et al.* (2019), Arboleda-Posada y Cardona-Jiménez (2018), Elvie (2019) y Romanelli (2017). Al inicio del estudio de Pfeiffer *et al.* (2019), los principales desafíos y objetivos de liderazgo del personal incluían: comunicación interpersonal, logística institucional, cumplimiento, eficiencia y actitudes del personal. El personal valoró mucho el programa y lo encontró beneficioso para su trabajo. Los proyectos de liderazgo individual autoseleccionados reflejaron áreas de preocupación encontradas en la evaluación de necesidades, lo que indica que el programa tuvo éxito en el logro de sus metas. La naturaleza *in situ* del programa fue rentable y dio lugar a la máxima participación del personal a pesar de las responsabilidades clínicas. Una

relación de larga data entre el equipo de diseño y el personal del hospital local permitió una exploración de enfoques, muchos de los cuales eran nuevos en el contexto local.

En general, los encuestados en el estudio de Arboleda-Posada y Cardona-Jiménez (2018) se sintieron muy satisfechos con la labor que desempeñan en la institución. En referencia al tipo de cargo, en este estudio se encontraron diferencias significativas entre quienes ocupan cargos asistenciales. Se encontró mayor satisfacción en los empleados asistenciales en comparación con los administrativos. Los factores que generan menor satisfacción son las posibilidades de ascenso, bonificaciones y reconocimientos. Por su parte, los resultados del estudio de Elvie (2019) mostraron una influencia directa en el desempeño del empleado, lo que indica que se respalda la cultura organizacional y la compensación, pero no se admite la comunicación interpersonal. Sin embargo, los resultados del efecto indirecto en el desempeño de los empleados a través de la motivación laboral mostraron un apoyo en la comunicación interpersonal.

El trabajo de Romanelli (2017) identificó que los sistemas y organizaciones de atención médica necesitan encontrar una vía de desarrollo sustentable que les dé legitimidad como instituciones que promueven la salud y mejoran la riqueza de las personas y las comunidades. Como parte de los hallazgos del estudio de Romanelli (2017), también se identificó que la introducción de nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) ayudó a restablecer las relaciones de confianza entre las instituciones de atención médica y los pacientes para la creación de valor dentro sociedad, coincidiendo con los estudios de Farmanova *et al.* (2018) y Lloyd *et al.* (2018) en los que también se documenta la utilización de herramientas para el mejoramiento de la comunicación organizacional. La evidencia sobre la efectividad de las guías de alfabetización en salud en el estudio de Farmanova *et al.* (2018) fue limitada, sin embargo, las experiencias con las guías fueron positivas. La alfabetización en salud está diseñada para ayudar a construir una atención médica centrada en la persona, basada en la evidencia y orientada a la calidad. Si bien falta familiaridad con la alfabetización en salud y el uso de guías ha sido limitado hasta ahora, las experiencias reportadas con el uso de guías han sido abrumadoramente positivas. En el caso de Lloyd *et al.* (2018), la adaptación de las pautas y herramientas de alfabetización en salud fue el enfoque más común para abordar la alfabetización en salud organizacional. Si bien el uso de herramientas de alfabetización en salud demostró ser importante para crear conciencia sobre los problemas de alfabetización en salud dentro de las organizaciones, estas herramientas fueron insuficientes para generar los cambios organizacionales necesarios para mejorar la alfabetización en salud organizacional.

Sobre la identificación de barreras de diversa índole, se encuentran los estudios de Andersson (2016) y Heshmati *et al.* En el estudio de Andersson (2016) se encontraron barre-

ras de comunicación, tales como preocupaciones tecnológicas, discusiones a nivel micro, actividades transitorias limitadas y apertura al cambio. Las barreras de comunicación que limitaron el desarrollo del conocimiento fueron, por ejemplo, competencia, actitudes e influencia social limitadas y preocupaciones tecnológicas. Lo más importante y notable fue que el grupo directivo participó en debates a nivel micro. Del estudio de Heshmati *et al.* (2020) se extrajeron cinco temas que incluyen barreras individuales, interpersonales, organizacionales y comunitarias y contextuales. Barreras individuales: capacidad inadecuada de los trabajadores comunitarios en educación para la salud (ES), factores de motivación deficientes a nivel individual y creencias erróneas del educador. Barreras interpersonales: debilidad de otros proveedores de atención médica en la educación de los trabajadores comunitarios, falta de comprensión adecuada por parte de las autoridades de salud de la ES científica y correcta, comunicación inapropiada, expectativas poco realistas de los trabajadores comunitarios, problemas con el seguimiento y la supervisión, compromiso laboral deficiente y problemas relacionados con el cliente. Barreras organizacionales: alta carga de trabajo de trabajadores comunitarios, problemas relacionados con los recursos educativos, actitud inapropiada de gerentes y funcionarios, y evaluación y monitoreo inapropiados; Barreras comunitarias: no creer en los trabajadores comunitarios por parte de las personas, desinterés y falta de motivación de las personas en la educación, problemas culturales, problemas con Internet y redes sociales virtuales, y una débil cooperación intersectorial. Barreras contextuales: relacionadas con las universidades, la radiodifusión, la naturaleza de la ciencia de la ES, así como la brecha entre la educación práctica y la teoría.

El enfoque de las conclusiones de los estudios de Arboleda-Posada y Cardona-Jiménez (2018), Romanelli (2017), Farmanova *et al.*, (2018), Lloyd *et al.*, (2018), Elvie (2019) y Pfeiffer *et al.* (2019) es sobre las ventanas de oportunidad que se identificaron a partir de las experiencias en cada uno de los estudios y que están relacionadas principalmente con la comunicación organizacional. En los seis trabajos se formulan recomendaciones que a su vez se complementan entre sí.

El desarrollo del liderazgo en el trabajo de Pfeiffer *et al.* (2019) es claramente un componente esencial de la atención médica de calidad y se justifica un énfasis adicional en los países de ingresos bajos y medianos para desarrollar una nueva generación de líderes para el sistema de salud. Los autores consideran que se necesitan más investigaciones para adaptar el programa a otros entornos e integrarlo en intervenciones de fortalecimiento de sistemas más amplias, ya que el programa piloto fue bien recibido. Por su parte, Elvie (2019) considera que obtener una alta compensación también aumenta el desempeño de los empleados. Los empleados que tienen una alta comunicación interpersonal no necesariamente tienen un alto desempeño, sin embargo, una alta motivación laboral sí repercute positivamente

en un mejor desempeño de los empleados. El factor más motivante para Arboleda-Posada y Cardona-Jiménez (2018) es el ambiente de trabajo, y este incide positivamente en la cultura organizacional, por lo que es importante que las instituciones lo fomenten, porque un apropiado ambiente laboral propiciará el aumento en iniciativas de proyectos, solución de problemas, mejoramiento de la comunicación interna, aumento de la competitividad en vía hacia una dirección más dinámica, garantizando el cumplimiento de las metas institucionales y elevando la productividad laboral. En el caso de Romanelli (2017), las organizaciones de atención médica que buscan legitimidad para generar confianza tienden a avanzar hacia la sostenibilidad como un camino que impulsa a las organizaciones a desarrollarse con éxito con el fin de crear y mantener valor económico, social y público. Este estudio propone un marco de análisis para que las principales organizaciones de salud avancen en el tiempo con el fin de crear valor y riqueza social y pública siguiendo un camino sostenible en cuanto al logro del resultado social, económico y financiero. Las organizaciones de atención de la salud que avanzan hacia un camino sostenible deben prestar atención a la mejora de los recursos humanos.

En relación con la alfabetización en salud, el estudio de Farmanova *et al.* (2018) identificó que un mayor desarrollo de la alfabetización en salud organizacional requiere una conexión fuerte y clara entre su visión y su operacionalización como una estrategia de implementación para la atención centrada en el paciente. Para muchas organizaciones, adquirir conocimientos sobre salud requerirá cambios múltiples, simultáneos y radicales. La alfabetización en salud organizacional debe tener sentido desde las perspectivas clínica y financiera para que las organizaciones se embarquen en un viaje tan transformador. Los encuestados se sienten muy satisfechos con la labor que desempeñan en la institución y expresan sentirse motivados principalmente por el ambiente de trabajo, seguido por el cargo y el salario (estos últimos con igual porcentaje). Por su parte en el estudio de Lloyd *et al.* (2018) la literatura revisada no reporta intervenciones integrales de alfabetización en salud organizacional que demostrara cambios en este campo. Para lograr mejoras en la alfabetización en salud organizacional, necesitamos que los sistemas y organizaciones de salud cambien. La mejor manera de lograrlo es mediante asociaciones de práctica e investigación.

De los trabajos que identificaron barreras de comunicación, el de Heshmati *et al.* (2020) recomienda la elaboración y ejecución de un documento integral con la participación de autoridades, especialistas y prestadores de servicios para eliminar las barreras multidimensionales, como las barreras individuales, interpersonales, organizacionales, comunitarias y contextuales. Las barreras de comunicación encontradas en el estudio de Andersson (2016) fueron una limitada competencia para el uso de tecnologías de la información, actitudes e influencia social, preocupaciones tecnológicas y actividades limitadas de equipo, cerradas

por cambios y por el tipo de contratación dentro del grupo del proyecto. El autor plantea que las barreras de comunicación necesitan atención para que los gerentes puedan disminuir su participación y establecer marcos de tiempo apropiados para asistir a las reuniones, además de que consideran la importancia de tener tiempo para discutir. Los participantes en este proyecto no participaron en actividades para construcción de puentes relacionados con el desarrollo organizacional. El documento ofrece un punto de partida para futuras investigaciones sobre las barreras de comunicación y se plantea que los resultados podrían utilizarse para que los directivos comprendan las barreras de comunicación y sus implicaciones para el desarrollo de los conocimientos y el cambio organizacional.

METODOLOGÍA

Aunado al análisis del estado del arte, se realizó el pilotaje de instrumentos a través de la aplicación de entrevistas en profundidad y cuestionarios, en el mes de febrero de 2020, en tres unidades del primer nivel de atención de salud pública de los Servicios de Salud del estado de Morelos, ubicadas en zona urbano y rural.

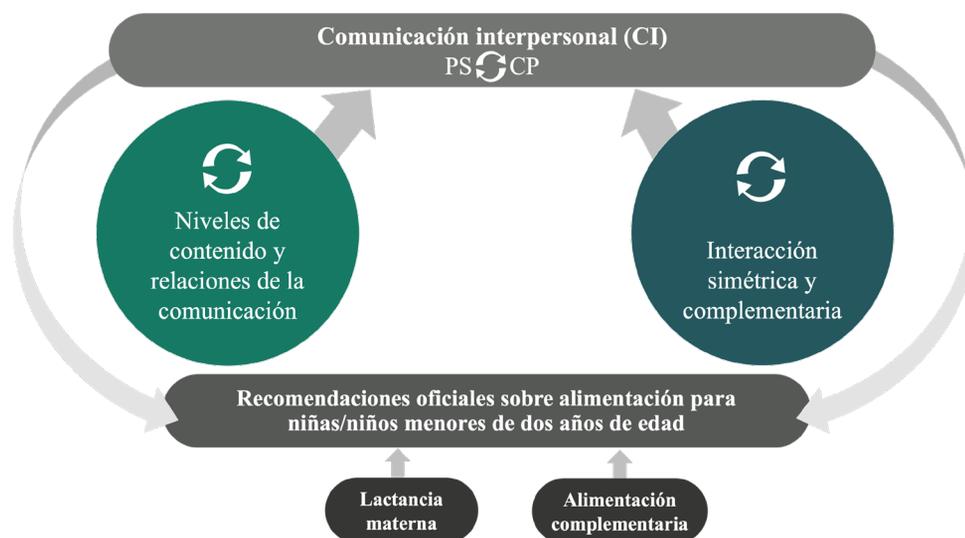
Las variables que se exploraron fueron el grado de conformidad sobre la comunicación humana durante la consulta a través de la medición de la calidad de la atención, la información brindada y la consideración de los determinantes sociales de los pacientes. Para explorar la interacción que se establece entre los interlocutores, se incluyó a diez profesionales de la salud que brindan atención en las unidades de salud del primer nivel de atención y a diez mujeres madres, abuelas, tías o cualquier persona que sea quien cuide la mayor parte del tiempo a una niña o niño menor de dos años y que se atendieran en esas mismas unidades de salud. La Figura 5 señala los axiomas de los que se desprendieron las variables mencionadas.

Con base en las variables y categorías presentes en los trabajos que se analizaron en la revisión del estado del arte, tanto el cuestionario como la entrevista incluyeron las características sociodemográficas, el conocimiento, la promoción (en el caso del PS) y prácticas (en el caso de las CP) de las recomendaciones o mensajes oficiales para la alimentación de niñas y niños menores de dos años, del personal de salud y el grado de conformidad sobre la comunicación interpersonal durante la consulta de la niña y niño menor de dos años.

El cuestionario se aplicó a los diez profesionales de la salud y a las diez cuidadoras principales y las respuestas fueron vaciadas en una máscara de captura en Excel para su posterior análisis. En el caso de las entrevistas, se invitó a todos los informantes a participar, sin embargo, no todos aceptaron, por lo que se realizaron cinco entrevistas a profesionales

de la salud y ocho a cuidadoras principales, las cuales fueron audiograbadas y transcritas en matrices de codificación para su análisis.

FIGURA 5. AXIOMAS DE LA TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA INCLUIDOS EN EL PILOTAJE DE INSTRUMENTOS CON PROFESIONALES DE LA SALUD Y LAS CUIDADORAS PRINCIPALES



FUENTE: elaboración propia.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

A continuación se presentan los datos más destacables del estudio exploratorio.

Características sociodemográficas

Se encuestó a diez profesionales de la salud (PS), en su mayoría mujeres y con formación en enfermería que laboran en zona urbana. La antigüedad que dijeron tener prestando servicios en la unidad de salud en donde fueron encuestados varió de 5 meses a 31 años. Las Tablas I y II detallan las características sociodemográficas del personal de salud que participó.

En el caso de las cuidadoras principales (CP), se encuestó a nueve madres de niñas y niños menores de dos años de edad y a una abuela, con un rango de edades entre 17 y 52 años. En la mayoría de los casos con educación básica, cuya ocupación principal fue el hogar. Se obtuvo la información de participantes tanto de zona urbana como rural.

	Encuestados	Entrevistados
	N	n
	10	5
Puesto que desempeña en la US		
Médico (a)	2	1
Enfermera	8	4
Último grado de estudios		
Carrera técnica o equivalente	5	2
Licenciatura	5	3
Edad (años)		
rango de edad	31	34.5
	(19 a 55)	
Sexo		
Hombre	2	1
Mujer	8	4
Estado Civil		
Soltero (a)	6	2
Casado (a)	4	3
Lugar donde trabaja		
Urbano	8	3
Rural	2	2
Tiempo trabajando en los servicios de salud estatales		
	5 meses a 31 años	
Tiempo trabajando en la US en la que se le contacto		
	2-5 meses a 23 años	

TABLAS 1 Y 2.
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS
DEL PERSONAL DE SALUD

	Encuestadas	Entrevistadas
	N	n
	10	8
Grupo de edad del niño(a) que cuida		
<6 meses	-	-
6-8 meses	2	1
9-11 meses	1	1
1-2 años	7	6
Relación con el niño(a) que cuida		
Madre	9	7
Abuela (materna)	1	1
Edad cuidadora (años)		
Rango de edad	31.8	32
	(17 a 52)	
Estado civil (Casadas/unión libre)		
	10	8
Último grado de estudios		
Primaria	1	1
Secundaria	5	5
Preparatoria	2	2
Licenciatura	2	-
Ocupación		
Hogar	8	7
Empleada	1	1
Trabaja por cuenta propia	1	-
Lugar donde vive		
Urbano	6	4
Rural	4	4
El hogar donde vive el niño(a) es...		
Independiente	6	5
Casa de la abuela (materna o paterna)	4	3
Número de personas que viven con el niño(a)		
	4	5
Rango de habitantes en el hogar		
	(2 a 8)	

FUENTE: elaboración propia.

Conformidad con la comunicación interpersonal durante la consulta de la niña o niño menor de dos años

Se indagó el grado de conformidad con la comunicación interpersonal durante la consulta de niñas y niños menores de dos años (ver Tabla 3). Se preguntó al PS cuál era su percepción de la comunicación interpersonal que mantenían con las CP; se indagó sobre a) la calidad de la atención, b) la información brindada, y c) la consideración de los determinantes sociales de las CP, como barreras geográficas, socioeconómicas, educativas, culturales, etc. A las CP se les preguntó sobre las mismas variables, pero consideradas desde su experiencia durante la consulta.

TABLA 3. GRADO DE CONFORMIDAD SOBRE LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL DURANTE LA CONSULTA DE LA NIÑA O NIÑO MENOR DE DOS AÑOS

		muy mala	mala	regular	buena	excelente
Calidad de la atención durante la consulta	Personal de salud				30%	70%
	Cuidadora principal			20%	40%	40%
Información brindada sobre el tema de alimentación infantil	Personal de salud	nada entendible e incompleta	poco entendible e incompleta	regular	entendible y completa	muy entendible y completa
	Cuidadora principal	11.00%		40.00%	20.00%	40.00%
Consideraciones de los determinantes sociales de los pacientes (barreras geográficas, socioeconómicas, organizativas y culturales) para brindar la consulta	Personal de salud	nada	poco	regular	a veces	mucho
	Cuidadora principal	20%	20%	22.00%	11.00%	56.00%
	Personal de salud	20%	20%	30%	30%	
	Cuidadora principal	20%		40%	20%	20%

FUENTE: elaboración propia.

En el cuestionario, el PS calificó la calidad de la atención como “buena” y “excelente”, con un 30% y 70%, respectivamente. No fue la misma percepción entre las CP, ya que sus calificaciones se dividieron entre “regular”, “buena” y “excelente”. Las entrevistas nos permiten entender un poco más del porqué se registraron esas calificaciones, como se muestra a continuación:

Las mamás salen contentas y regresan al siguiente mes, aunque una que otra mamá no viene y tengo que estar detrás de ellas porque tienen más actividades, más hijos, además de que con la pérdida de Prospera perdimos muchos pacientes, ya que el programa era un incentivo (Enfermera, 55 años de edad, 31 años de servicio en el primer nivel de atención de salud pública, comunicación personal, 17 de febrero de 2020).

Bien, me siento feliz porque me preguntan por la bebé (Abuela, 52 años, cuidadora principal de un bebé de entre 1 y 2 años de edad, comunicación personal, 17 de febrero de 2020).

En ocasiones insatisfechos, porque los pacientes se toman muy a pecho las observaciones que se les dan de los menores, ya que es una población muy cerrada (Enfermera, 19 años de edad, 5 meses de servicio en el primer nivel de atención de salud pública, comunicación personal, 17 de febrero de 2020).

A veces no quedo muy satisfecha, porque no me explican muy bien y no tienen medicamento, además de que son pocas las fichas que dan (Madre, 24 años de edad, cuidadora principal de su bebé de entre 1 y 2 años de edad, comunicación personal, 17 de febrero de 2020).

Respecto a la información brindada sobre el tema de la alimentación infantil, tanto PS como CP calificaron esta información con $\geq 60\%$ como “entendible y completa” y “muy completa”. Las entrevistas nos permiten entender a qué se refieren como información brindada sobre alimentación infantil.

La mayoría viene por vacunas, o les damos el tema de estimulación temprana, les preguntamos cómo está comiendo el niño, lo pesamos, lo medimos para ver cómo está su peso y talla de acuerdo a su edad, le damos su IMC (Enfermera, 55 años de edad, 31 años de servicio en el primer nivel de atención de salud pública, comunicación personal, 17 de febrero de 2020).

Se toman signos vitales, somatometría, se interroga a la mamá sobre el padecimiento, se revisa el bebé físicamente, se ven sus síntomas, y con base en eso, si requiere un medicamento se le receta” (Enfermera, 44 años de edad, 26 años de servicio en el primer nivel de atención de salud pública, comunicación personal, 17 de febrero de 2020).

Me atienden bien, a mí y al bebé. Me dicen que no puedo darle cosas que le hagan daño, que los bebés comen más frutas y verduras (Abuela, 52 años, cuidadora principal de un bebé de entre 1 y 2 años de edad, comunicación personal, 17 de febrero de 2020).

No, te dan una ficha desde temprano, tienes que llegar 20 minutos antes para que pesen, midan y tomen la temperatura al bebé. El médico saca el expediente de cada familia y se basa en eso, te pregunta a qué se debe la visita, checa al bebé y lo revisa, y ya da un diagnóstico y me explica qué tiene y las instrucciones del medicamento (Madre, 24 años de edad, cuidadora principal de su bebé de entre 1 y 2 años de edad, comunicación personal, 17 de febrero de 2020).

Finalmente, para el apartado de comunicación interpersonal durante la consulta entre el PS y las CP, se exploró sobre el abordaje de los determinantes sociales. Los porcentajes tendieron hacia los rubros “regular”, “poco” y “nada” para ambos actores. En las entrevistas, al preguntar si en la consulta el PS tomaba en cuenta la situación económica, la dinámica familiar, las creencias sobre cómo alimentar a un bebé, entre otros aspectos, para dar reco-

mendaciones sobre el cuidado y alimentación del bebé, los comentarios de las entrevistadas fueron los siguientes,

Sí, porque me preguntan porque yo la traigo [a la bebé] a consulta y no mi hija, es bueno que sepan cómo es la situación en casa (Abuela, 52 años, cuidadora principal de un bebé de entre 1 y 2 años de edad, comunicación personal, 17 de febrero de 2020).

En ocasiones no lo hacen y sí ayudaría mucho porque tendrían otra forma de pensar (Madre, 26 años, cuidadora principal de un bebé de entre 1 y 2 años de edad, comunicación personal, 17 de febrero de 2020).

No, no se aborda. Yo creo que sí es relevante, para saber por qué no le da pecho (Enfermera, 20 años de edad, 9 meses de servicio en el primer nivel de atención de salud pública, comunicación personal, 17 de febrero de 2020).

Sí, para ver la calidad de vida del niño (Enfermera, 44 años de edad, 26 años de servicio en el primer nivel de atención de salud pública, comunicación personal, 17 de febrero de 2020).

Sí, a la hora de la historia clínica para ver qué tipo de alimentación se puede recomendar (Enfermera, 19 años de edad, 5 meses de servicio en el primer nivel de atención de salud pública, comunicación personal, 17 de febrero de 2020).

CONOCIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES OFICIALES BASADAS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE ALIMENTACIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS

En relación con el conocimiento de las recomendaciones oficiales sobre alimentación infantil, se categorizaron en dos grandes rubros: lactancia materna y alimentación complementaria. La Tabla 4 muestra los conceptos que se abordaron en cada categoría, a través del componente cuantitativo para los dos tipos de informantes.

En el caso de la lactancia materna, se puede observar que en el PS el porcentaje global del conocimiento de las recomendaciones sobre lactancia materna está por arriba del 70%; sin embargo, se identifica que su conocimiento sobre la recomendación de lactancia materna continuada decae casi 25 puntos porcentuales respecto al de lactancia materna exclusiva. Esto se pudo confirmar en las entrevistas, en donde se observa la inconsistencia con las recomendaciones oficiales sobre lactancia materna exclusiva y continuada.

TABLA 4. CONOCIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES BASADAS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA OFICIALES SOBRE ALIMENTACIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS

Recomendación oficial	Descripción	¿Se apega a las recomendaciones oficiales?			
		Personal de salud		Cuidadoras principales	
		Sí	No	Sí	No
Lactancia materna (LM)		72.5%	27.5%	50.0%	50.0%
Lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida	Se refiere a la alimentación del seno materno como único los primeros seis meses de vida, sin té, agua, otros leches o alimentos.	89%	11%	80%	20%
Lactancia materna continuada	Es la alimentación del seno materno junto con alimentos a partir de los seis meses de vida y hasta los dos años o más si es que la madre y el bebé así lo deciden.	56%	44%	20%	80%
Alimentación complementaria (AC)		71.6%	28.4%	64.3%	35.7%
Inicio de la AC	A partir de los 6 meses, no antes ni después.		100.0%	70.0%	30.0%
Variedad de alimentos	La inclusión de todos los grupos de alimentos (alimentos de origen animal, leguminosos, cereales, verduras, frutas) a partir de los seis meses de vida.	11%	89%	40%	60%
Consistencia según la edad	Se refiere a la consistencia apropiada según la edad de niñas y niños				
	- 6-8 meses, semisólida	100%		90%	10%
	- 9-11 meses, picados finos	56%	44%	40%	60%
	- 1-2 años, trozos	89%	11%	90%	10%
Cantidad	Se refiere a la cantidad apropiada según la edad de niñas y niños				
	- 6-8 meses, 2-3 cucharadas a 1/2 taza	89%	11%	70%	30%
	- 9-11 meses, 5-7 cucharadas a 3/4 taza	56%	44%	70%	30%
	- 1-2 años trozos, 6-8 cucharadas a 1 taza	100%		50%	50%

FUENTE: elaboración propia.

¿Cómo alimentar a los bebés? De preferencia, mínimo 6 meses dar lactancia materna exclusiva, no dar probaditas, solo leche materna... tengo dos opiniones, cuando son mamás que trabajan, mínimo 6 meses, o si son mamás que se dedican a sus bebés, hasta los 2 años (Enfermera, 20 años de edad, 9 meses de servicio en el primer nivel de atención de salud pública, comunicación personal, 17 de febrero de 2020).

Sí, la recomiendo, hasta el año; es a libre demanda hasta los 6 meses (Médico, 20 años de servicio en el primer nivel de atención de salud pública, comunicación personal, 17 de febrero de 2020).

El mismo fenómeno ocurrió con las CP, siendo en ellas aún mayor el porcentaje de mujeres que desconocen que la lactancia se puede continuar hasta por dos años o más junto con otros alimentos nutritivos. Las siguientes citas de las entrevistas con CP dan ejemplo de ello.

6 meses, pero yo le di [haciendo referencia a su último hijo] hasta los 2 años porque mi bebé no quería comer alimentos y no quería la mamila y el vaso (Abuela, 52 años, cuidadora principal de un bebé de entre 1 y 2 años de edad, comunicación personal, 17 de febrero de 2020).

Más de dos años, pero las mamás jóvenes a los 6 u 8 meses por comodidad (Madre, 36 años de edad, cuidadora principal de su bebé de entre 9 y 11 meses de edad, comunicación personal, 17 de febrero de 2020).

No sé (Madre, 49 años de edad, cuidadora principal de su bebé de entre 1 y 2 años de edad, comunicación personal, 17 de febrero de 2020).

Respecto a las recomendaciones de alimentación complementaria (AC), de forma global, arriba del 70% del PS identificó las recomendaciones de la alimentación adecuada en este grupo de edad. En el caso de las CP, este porcentaje fue menor (64.3%). Al preguntar sobre el inicio de la AC, la consistencia y la cantidad en que deben de ser ofrecidos estos alimentos, el PS tuvo porcentajes más altos que las CP, a excepción de la variedad de alimentos, en los que las CP se acercaron más a la recomendación oficial. Las entrevistas del PS dieron muestra de algunos posibles motivos por los que no recomiendan variedad de alimentos y sus conocimientos sobre cantidad y frecuencia, como se presenta a continuación.

A partir del año, por indicación de los médicos, no hay que dar huevo, fresa, chocolate y naranja, porque puede desarrollar alergias, y se dan raciones pequeñas o lo que alcancen a comer, cuando comienzan con la alimentación como 4 cucharadas, ya de ahí aumenta 8 o 9 cucharadas, ya más mayores una taza (Enfermera, 55 años de edad, 31 años de servicio en el primer nivel de atención de salud pública, comunicación personal, 17 de febrero de 2020).

Frutas cocidas, manzana, zanahoria, pera, [refiriéndose a la consistencia] se dan cocidos machacados, la mitad de alimentos 2 veces y conforme va creciendo 3 a 4 veces (Médico, 20 años de servicio en el primer nivel de atención de salud pública, comunicación personal, 17 de febrero de 2020).

Se da Gerber, aunque muy poco, frutas cocidas, [la frecuencia] tiene que ser específica, aunque no estoy segura (Médico, 20 años de servicio en el primer nivel de atención de salud pública, comunicación personal, 17 de febrero de 2020).

Los porcentajes más bajos ($\leq 56\%$) se observan en los conocimientos sobre las recomendaciones de variedad de alimentos, 11% y 40% para el caso de PS y CP, respectivamente, y la consistencia y cantidad de alimentos para el grupo de edad de 9 a 11 meses, 56% y 40% para el caso de PS y CP, respectivamente.

En las entrevistas con las CP se identifica una diferencia respecto a lo que saben o conocen y las decisiones que toman para alimentar a sus bebés. Un claro ejemplo es el inicio de la alimentación, algunas entrevistadas mencionan que el inicio debe ser a los seis meses, sin embargo, ellas iniciaron antes. El tipo de alimentos con el que inician son frutas, verduras y alimentos líquidos o semilíquidos (tipo caldos). En el tema de la alimentación se observa que aparte de la madre, las abuelas juegan un rol importante en la decisión de la alimentación infantil. La Matriz 1 detalla los principales hallazgos relacionados a la AC que las CP compartieron durante las entrevistas.

Se preguntó tanto al PS como a las CP si estarían de acuerdo en promocionar o seguir las recomendaciones oficiales, según fuera el caso. De manera general el PS se mostró más accesible a promocionarlas durante la consulta, mientras que las CP se manifestaron más renuentes a realizarlas, principalmente en el caso de las recomendaciones de AC. Otro aspecto destacable es que existe una gran aceptación de ambos grupos de informantes sobre la introducción de frutas y verduras, lo que no ocurre con los demás grupos de alimentos, sobre todo aquellos de origen animal. La Tabla 5 presenta cada una de las categorías analizadas comparándolas con las respuestas del PS y CP.

TABLA 5. ¿QUÉ TAN DE ACUERDO ESTÁ EN PROMOVER/SEGUIR LAS RECOMENDACIONES OFICIALES PARA LA ALIMENTACIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS?

Recomendación oficial		Personal de salud			Cuidadoras principales		
		Promoción de la recomendación durante la consulta			Realizar/seguir la recomendación		
		Muy de acuerdo	Poco de acuerdo	Nada de acuerdo	Muy de acuerdo	Poco de acuerdo	Nada de acuerdo
Lactancia materna (LM)	Alimentar con leche materna al bebé	100%			80%	10%	10%
	Lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida	90%	10%		70%	10%	20%
	Lactancia materna continuada	90%	10%		90%	10%	
Alimentación complementaria (AC)	Iniciar la alimentación a partir de los 6 meses, no antes ni después	90%		10%	67%	33%	
La inclusión de todos los grupos de alimentos a partir de los seis meses de vida.	alimentos de origen animal (general)	10%	40%	50%	40%	10%	50%
	alimentos de origen animal como huevo, carne y el pescado	20%	30%	50%	40%	10%	50%
	leguminosas	50%	20%	30%	30%	30%	40%
	cereales	60%	20%	20%	40%	30%	30%
	verduras	100%			90%	10%	
	frutas	100%			90%	10%	
	Iniciar solo con alimentos espesos/semisólidos (papilla) a partir de los 6 meses, es decir, no promover calditos o alimentos semilíquidos.	80%		20%	60%	40%	

FUENTE: elaboración propia.

MATRIZ 1. PRÁCTICAS DE LAS CP SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE NIÑAS Y NIÑOS. INFORMACIÓN EXTRAÍDA A PARTIR DE LAS ENTREVISTAS

Alimentación complementaria							
Datos de la entrevistada (CP)	¿A partir de qué momento se acostumbra dar a los bebés "probaditas" de otros tipos de alimentos o bebidas? ¿Por qué?	¿Cómo deciden que ya el niño puede comerlos? ¿Quién decide? ¿Qué edad generalmente tienen los niños cuando reciben estos alimentos?	¿Por lo regular qué se les comienza a dar?	¿Cómo se preparan estos alimentos? Indagar la consistencia del alimento. ¿Por qué los preparan de esta forma?	¿Cómo cuánta comida le dan cada vez que lo alimentan?, ¿en qué momento se acostumbra a dar más cantidad de alimentos a los niños?, ¿por qué?	¿Cada cuánto tiempo se debe de alimentar al bebé? (comidas durante el día)	¿Quién decide qué darle? ¿Quién se los da?
	Edad de introducción de AC y/o bebidas	Motivos de la introducción	Variedad/tipo alimento	Consistencia	Cantidad	Frecuencia	Decisiones de la alimentación del bebé
Madre, 52 años con bebé de 1-2 años de edad	Después de los seis meses, yo comencé a los cuatro meses	Porque el niño lo pide al ver que la familia come	Gerber, plátano rayado, guayaba	Solo el agua de la sopa, papillas.	Muy poquito porque están chiquitos, un platillo chiquito	Cada dos horas o si el niño llora	La abuelita o la mamá
Madre, 36 años con bebé de 9-11 meses de edad	A partir de los cuatro meses, por la opinión de las mamás de la comunidad	Por falta de conocimiento de las mamás, y por lo regular deciden las abuelitas el darle alimentos	Sin respuesta	Como en masita y colar los alimentos	Como de a cuartito de taza, les dan más comida en la tarde	Libre demanda, como pidan, pero muchas personas ponen un horario	La abuelita en su mayoría
Madre, 24 años con bebé de 1-2 años de edad	A los seis meses, porque les da miedo a que se enfermen, y porque ven a la familia comer	Porque el niño lo pide al ver que la familia come, le dan probaditas, las abuelitas, las mamás o depende quien lo cuida son quienes deciden dar alimentos a los bebés y les comienzan a dar a los seis meses aunque yo comencé a los 3 meses	Calditos, frutas como manzana, plátano, gerber	Se cocen las frutas con canela y azúcar, en consistencia aguadita como puré, también caldos, los preparan así porque no tienen dientes y previenen que el bebé no se ahogue	Dos cucharadas de las grandes razas, una tortilla, se dan mas alimentos en la mañana (amanecen con hambre y el desayuno es importante para que estén mas despiertos) y en la tarde	3-4 veces al día y en medio de esas comidas se les da el pecho o leche y fruta	La abuelita o la mamá
Abuela, 49 años con nieta de 1-2 años de edad	A los tres meses yo comencé, porque no se llenaba, casi no tenía leche	Yo decidí como abuela en que momento y que tipo de alimento puede comer mi nieta así como el medico porque la operaron cuando era mas pequeña	Caldito de frijoles, sopita y caldo de pollo	Sin respuesta	Sin respuesta	3 veces al día, almuerzo, comida y cena, además de darle fruta	Abuelita
Madre, 26 años con bebé de 1-2 años de edad	A los cuatro meses porque comienzan a comer y te lo dice el pediatra	Decide el pediatra y yo como mamá, a la edad de seis meses.	Sin respuesta	Papillas y espesos los alimento, los preparo así por indicación del pediatra	La cantidad es dependiendo a lo que diga el pediatra y se le da mas de comer a partir de los seis meses	Cada 3 horas	Mamá
Madre, 17 años con bebé de 1-2 años de edad	Después de los seis meses porque ya esta mas desarrollado su estomago	Se decide cuando ya creció o ya tienen dientes, lo deciden las personas que saben y tiene mas experiencia y los niños comen a la edad de 7-8 meses	Sopa, verduras, caldito de pollo	Se cocen las verduras muy bien y se dan en papillas porque se pueden ahogar	Dependiendo a lo que quiera el bebé, se dan más alimentos cuando ya tienen dientes	3 veces al día	Abuela
Madre, 22 años con bebé de 1-2 años de edad	Seis meses	Porque lo lleve a consulta y el Medico me lo recomendó, así como mis conocidas	Verdura, caldo de frijol, gelatina, yogurt	En papillas, licuarlos, líquidos	Menos de un cuarto, no mucho, le doy mas cantidad en la tarde	1-2 veces al día	Mamá y el médico
Madre, 31 años con bebé de 1-2 años de edad	Seis meses	Porque lo recomienda el pediatra o el médico	Fruta, verduras hervidas y en papillas	En papillas	De pecho a libre demanda y de comida unas 3 cucharadas	2 veces al día	Pediatra

FUENTE: elaboración propia.

DISCUSIÓN

En este apartado se pretende dialogar con los resultados del estudio exploratorio a partir de cuatro de los cinco axiomas propuestos por Watzlawick *et al.* En esta discusión, el axioma 4, que trata sobre la comunicación digital y analógica, no se abordará ya que entre los resultados no se identificó información que permitiera su análisis.

Retomando el primer axioma de Watzlawick *et al.* (1985) sobre “la imposibilidad de no comunicar”. Por un lado, para Figueroa Bermúdez (2013), “es imposible no relacionarse o interactuar, o perturbar, o conducirse, o participar”; como dirían Arango *et al.* (2016), “aún en los silencios estaremos en un proceso comunicacional”. Tal es el caso de la interpretación de las CP sobre las dinámicas internas de la unidad de salud, sobre su insatisfacción, ya sea por considerar que no reciben una explicación adecuada, por la falta de medicamento o por la limitación de fichas para acceder a la atención y, por lo tanto, todo comportamiento y conducta es un mensaje comunicacional, el cual puede interpretarse o al que se le puede dotar de un significado, en este caso una mala calidad de la atención brindada.

Por el contrario, una reacción de alegría puede significar para el PS que las CP salen satisfechas por la atención recibida. Como plantea Wittezaele (1994) recogiendo una observación de Warren McCulloch, “todo mensaje es informativo, y al mismo tiempo un estímulo para la reacción”, por lo que incluso la percepción de un mensaje sería una acción, el cual podría ser también el caso del axioma 2, en relación a los niveles de contenido y relaciones de la comunicación: “el contenido del mensaje transmitido es interpretado por el receptor de acuerdo a la relación existente entre éste y el emisor” (Arango *et al.*, 2016). Esto implica, de acuerdo con Figueroa Bermúdez (2013), que en la comunicación no sólo se transmite información, sino que, además, se imponen conductas. Del mismo modo, podría ilustrarse con los ejemplos en los que se considera o interpreta que la información brindada sobre alimentación infantil es adecuada si la consulta gira en torno a la medición del peso y talla del bebé, a pesar de que la información que debería estar al centro en ese punto de contacto es la relativa a las recomendaciones oficiales sobre la alimentación de la niña y niño menor de dos años. Este fenómeno podría ser el resultado de prácticas rutinarias que alimentan un proceso en donde el único intercambio es un dato numérico sin repercusión en el fortalecimiento o mejora de las prácticas de alimentación de la niña o el niño.

Por lo tanto, el contenido viene determinado por la interacción que se establece entre los interlocutores, y en dicha interrelación a su vez se establece la interpretación del contenido (Alsina, 2001).

El axioma 3 de Watzlawick *et al.* (1985) se refiere a “la puntuación de la secuencia de hechos”. Esta comunicación “se da en un flujo bidireccional, donde se interactúa en una

secuencia definida por el emisor y el receptor, y en ocasiones dicha estructura se ve mediada por la respuesta al comportamiento del otro, ampliando o modificando el ciclo comunicacional”. Es por ello que, según Figueroa Bermúdez (2013), “la falta de acuerdo con respecto a la forma de puntuar la secuencia de los hechos es la causa de incontables conflictos en las relaciones”. En este caso, más que un conflicto se puede apreciar la inconsistencia en el tipo de información que manejan el PS y las CP, es decir, el intercambio de este flujo no está retroalimentándose de tal forma que ambos puedan establecer la misma información y más aún aquellos mensajes que se apegan a las recomendaciones oficiales que, como proponen Perrone (2007) y Rizo (2011) “se refiere a ‘una lucha en el terreno de las posiciones éticas de los actores’ y ‘la definición de una interacción está siempre condicionada por la puntuación de las secuencias de comunicación entre los participantes’” (citado por Arango *et al.*, 2016).

En el último axioma, es claro que el abordaje del axioma 5, que trata sobre una interacción complementaria basada en dos posiciones distintas, en la cual el PS ocupa una posición de superioridad con respecto a las CP, por lo que está sujeta a la autoridad o jerarquía (Arango *et al.*, 2016) y, por lo tanto, basada en un máximo de diferencia (Watzlawick *et al.*, 1985).

CONCLUSIONES

Los estudios identificados en esta revisión sobre la comunicación interpersonal entre profesionales de la salud y cuidadoras principales, asociada a las características sociodemográficas de ambos y el nivel educativo de los profesionales de la salud, que se relaciona con el nivel de calidad de la comunicación, tienen como punto de encuentro la exploración de cómo las mujeres experimentan la comunicación con los profesionales de la salud en el ámbito de la salud materna e infantil, con el objetivo general de desarrollar estrategias para mejorar la comunicación de los profesionales de la salud con las comunidades de estudio.

Se identificaron estudios con metodología cuantitativa o cualitativa, que en todos los casos se realizaron en establecimientos de salud pública, aunque en alguno se incluyeron establecimientos privados. Estos estudios utilizaron como principales variables las características sociodemográficas y la calidad de la atención, en la que se incluye el componente de comunicación interpersonal.

El marco teórico que predomina en estos estudios se basa en las ciencias médicas y de la salud, así como en las instancias internacionales de salud, como la OMS.

Como parte de los principales hallazgos, se encontró que la utilización de los servicios de salud se ve impactada por las características sociodemográficas de la población atendida y las barreras de comunicación interpersonal, que una vez solventadas impacta positivamente

en la percepción de los usuarios y en el uso de los servicios de salud. En estos resultados han determinado que las características sociodemográficas de los pacientes, la capacitación del personal de salud en habilidades comunicativas y una mejor comunicación interpersonal entre ambos, afecta de manera positiva el nivel de calidad de la comunicación.

Por lo tanto, el fomento de una comunicación interpersonal bidireccional, junto con actitudes centradas en el paciente por parte de los profesionales de la salud, fomenta la adecuada comunicación entre esta diada.

En los estudios analizados, el principal abordaje sobre la comunicación se inclina a los estudios organizacionales que retoman teorías provenientes principalmente de las disciplinas de gerencia y alfabetización en salud. También se identificó el abordaje de la cultura organizacional, clima laboral y la comunicación organizacional en las instituciones de salud pública. Otro de los puntos de encuentro en estos estudios es que se analizan ampliamente las barreras de la comunicación en las instituciones y se proponen formas de superarlas a través de la generación de recomendaciones para mejorar la calidad de la comunicación.

La comunicación interpersonal entre profesionales de la salud y pacientes generada en la atención de salud pública, es un tópico en el que no se profundizó en los estudios analizados.

Finalmente, con los datos obtenidos en este estudio exploratorio se puede concluir que el flujo de la comunicación entre PS y CP tiene interferencias que no permiten un alto nivel del contenido de la información que se brinda sobre alimentación infantil y obstaculizan una adecuada secuencia en el contenido de los mensajes, además de que la interacción complementaria (jerárquica) podría estar afectando la relación PS-CP al establecer una comunicación vertical. El PS tiene una gran influencia en las conductas en salud de sus pacientes, por lo que estas obstrucciones en los flujos comunicativos tienen repercusiones en los conocimientos de las CP, quienes a su vez potencializan prácticas de alimentación insuficientes para el grupo de edad en estudio que pueden afectar la nutrición y desarrollo de niñas y niños.

REFERENCIAS

- Ahmed, H. M. (2020). Role of verbal and non-verbal communication of health care providers in general satisfaction with birth care: A cross-sectional study in government health settings of Erbil City, Iraq. *Reproductive Health*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-0894-3>
- Alsina, R. (2001). *Teorías de la comunicación: Ámbitos, métodos y perspectivas*. Barcelona: Aldea Global, Universidad de Barcelona.

- Andersson, A. (2016). Communication barriers in an interorganizational ERP-project. *International Journal of Managing Projects in Business*, 9(1), 214–233. <https://doi.org/10.1108/IJM-PB-06-2015-0047>
- Arango, M. Z., Rodríguez, A. M., Benavides, M. S., y Ubaque, S. L. (2016). Los axiomas de la comunicación humana en Paul Watzlawick, Janet Beavin, Don Jackson y su relación con la Terapia Familiar Sistémica. *Revista Fundación Universitaria Luis Amigó*, 3(1), 33-50. <https://doi.org/10.21501/23823410.1887>
- Arboleda Posada, G. I., y Cardona Jiménez, J. L. (2018). Percepción de la satisfacción con la labor desempeñada y factores de motivación del personal de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) del valle de Aburrá, 2011. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(35). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgspl7-35.pslid>
- Black, R., Victora, C., Walker, S., Bhutta, Z., Christian, P., De Onis, M., . . . Uauy, R. (2013). Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 382, 15-39. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60937-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60937-X)
- Bernal, I., Pedraza, N., y Sánchez, M. (2015). El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico. *Estudios Gerenciales*, 31(134), 8-19. Redalyc. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21233043002>
- Elvie, M. (2019). The influence of organizational culture, compensation and interpersonal communication in employee performance through work motivation as mediation. *International Review of Management and Marketing*, 9(5), 133–140. <https://doi.org/10.32479/irmm.8615>
- Farmanova, E., Bonneville, L., & Bouchard, L. (2018). Organizational health literacy: Review of theories, frameworks, guides, and implementation issues. *Inquiry: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*. <https://doi.org/10.1177/0046958018757848>
- Fernández, A., Martínez, R., Carrasco, I., y Palma, A. (2017). *Impacto social y económico de la doble carga de la malnutrición. Un Modelo de análisis y estudio piloto en Chile el Ecuador y México*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Programa Mundial de Alimentos. https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/42535/S1700443_es.pdf
- Figuroa Bermúdez, R. (2013). *Introducción a las teorías de la comunicación*. México, D. F. : Pearson Educación.
- Georgiadis, A., & Penny, M. E. (2017). Child undernutrition: opportunities beyond the first 1000 days. *The Lancet Public Health*, 2(9), e399. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30154-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30154-8)
- Hernández, T., Rodríguez, M., y Giménez, C. (2017). La malnutrición: un problema de salud global y el derecho a una alimentación adecuada. *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud (RIECS)*, 2(1), 3-11.
- Heshmati, H., Shakibzadeh, E., Foroushani, A. R., & Sadeghi, R. (2020). A comprehensive model of health education barriers of health-care system in Iran. *Journal of Education and Health Promotion*, 9(1), 106. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_23_20
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2020). *Prevención de mala nutrición en niñas y niños mexicanos ante la pandemia de Coronavirus (COVID-19)*. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.

- Instituto Nacional de Salud Publica y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2015). *Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015*. México: Instituto Nacional de Salud Publica y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- Larson, E., Leslie, H. H., & Kruk, M. E. (2017). The determinants and outcomes of good provider communication: A cross-sectional study in seven African countries. *BMJ Open*, 7(6). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014888>
- Lloyd, J. E., Song, H. J., Dennis, S. M., Dunbar, N., Harris, E., & Harris, M. F. (2018). A paucity of strategies for developing health literate organisations: A systematic review. *PLoS ONE*, 13(4), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195018>
- McKinn, S., Duong, L. T., Foster, K., & McCaffery, K. (2017a). “I do want to ask, but i can’t speak”: A qualitative study of ethnic minority women’s experiences of communicating with primary health care professionals in remote, rural Vietnam. *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0687-7>
- McKinn, S., Linh, D. T., Foster, K., & McCaffery, K. (2017b). Communication between health workers and ethnic minorities in Vietnam. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 1(4), e163–e172. <https://doi.org/10.3928/24748307-20170629-01>
- Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Obtenido de Naciones Unidas. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2010). *La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud*. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Petracci, M., Schwarz, P. K. N., Sánchez Antelo, V. I. M., & Mendes Diz, A. M. (2017). Doctor–patient relationships amid changes in contemporary society: a view from the health communication field. *Health Sociology Review*, 26(3), 266–279. <https://doi.org/10.1080/14461242.2017.1373031>
- Pfeiffer, E., Owen, M., Pettitt-Schieber, C., Van Zeijl, R., Srofenyoh, E., Olufolabi, A., & Ramaswamy, R. (2019). Building health system capacity to improve maternal and newborn care: A pilot leadership program for frontline staff at a tertiary hospital in Ghana. *BMC Medical Education*, 19(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1463-8>
- Romanelli, M. (2017). Towards sustainable health care organizations. *Management Dynamics in the Knowledge Economy*, 5(3), 377–394. <https://doi.org/10.25019/mdke/5.3.04>
- Romero-Martínez, M., Shamah-Levy, T., Cuevas-Nasu, L., Gómez-Humarán, I. M., Gaona-Pineda, E. B., Gómez-Acosta, L. M., Rivera-Dommarco, J. A., & Hernández-Avila, M. (2017). Diseño metodológico de la encuesta nacional de salud y nutrición de medio camino 2016. *Salud Publica de Mexico*, 59(3), 299–305. <https://doi.org/10.21149/8593>
- Vera, M. C. (2009). (Tesis de doctorado). *La prevención de riesgos y promoción de comportamientos saludables desde una perspectiva socioeducativa. Un estudio centrado en la comunidad*. Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares.
- Watzlawick, P., Beavin, J., y Jackson, D. (1985). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.

Waweru, E., Sarkar, N. D. P., Ssenooba, F., Gruénais, M. E., Broerse, J., & Criel, B. (2019). Stakeholder perceptions on patient-centered care at primary health care level in rural eastern Uganda: A qualitative inquiry. *PLoS ONE*, 14(8), 1–29. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221649>

Wittezaele, J., y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona: Herder.

Esta obra está bajo Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional.

