

El vínculo dialógico que alivia: encuentro para transcender la adherencia terapéutica*

Temática: cuidado crónico.

Aporte a la disciplina: el vínculo dialógico es un aporte, desde lo teórico, a la interacción comunicativa de cuidado enfermera-paciente en la transición del hospital al hogar y al fenómeno multidimensional de la adherencia terapéutica. Refleja el patrón estético de cuidado y demuestra cómo el cuidado durante la transición de los pacientes con enfermedad coronaria va más allá de una comunicación enfermera-paciente. Permite aportar elementos al patrón estético de cuidado que conducen a explicar cómo un paciente logra realizar procesamientos mentales que permiten transformar lo negativo y transcender a un estado de equilibrio.

RESUMEN

Objetivo: describir los significados que construye el paciente con enfermedad coronaria (PEC) del proceso comunicativo utilizado por la enfermera en la transición del hospital (unidad de cuidados coronarios) al hogar, para la adherencia terapéutica. **Método:** el artículo corresponde a un estudio cualitativo, en el que se usó un abordaje a través de la teoría fundamentada. Los participantes fueron doce informantes de la ciudad de Medellín, Colombia. Se garantizó la confiabilidad de los datos. **Resultados:** la construcción de un postulado teórico: "Reconstruyendo el significado del tratamiento: de la indiferencia a renacer con un vínculo dialógico que alivia". El proceso que enfrentan los pacientes con enfermedad coronaria, derivado del proceso comunicativo, va desde "viviendo en el desconocimiento", "experimentando ruptura con el tratamiento" hasta "reconstruyendo: encontrando sentido" y, finalmente, "encontrando un estado de armonía: nuevos aprendizajes". Este último logro lo obtienen al crear conciencia en el "vínculo dialógico que alivia". **Conclusiones:** el significado que le otorgan los pacientes con enfermedad coronaria al proceso comunicativo para la adherencia terapéutica se establece al alcanzar transformación y expandir la conciencia (crear conciencia) en un "vínculo dialógico que alivia"; asimismo, cuando este proceso se encuentra colmado de apatía e indiferencia, se pierde el sentido del tratamiento.

PALABRAS CLAVE (FUENTE: DECS)

Comunicación; vínculo; adherencia; cumplimiento y adherencia al tratamiento; enfermería; enfermedad coronaria.

DOI: 10.5294/aqui.2019.19.2.5

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Arango MC, Gómez AM. The Dialogic Bond that Relieves: Encounter to Transcend Therapeutic Adherence. *Aquichan* 2019; 19(2): e1925. DOI: 10.5294/aqui.2019.19.2.5

1 orcid.org/0000-0001-9015-430X. Universidad Nacional de Colombia, Colombia. macarangore@unal.edu.co

2 orcid.org/0000-0002-8641-1833. Universidad Nacional de Colombia, Colombia. amgomez@unal.edu.co

* Artículo derivado de la investigación: Significados del proceso comunicativo enfermera-paciente con enfermedad coronaria para la adherencia terapéutica.

Recibido: 22/01/2019

Enviado a pares: 29/01/2019

Aceptado por pares: 21/03/2019

Aprobado: 25/04/2019

*The Dialogic Bond that Relieves: Encounter to Transcend Therapeutic Adherence**

ABSTRACT

Objective: This work sought to describe the meanings constructed by patients with coronary disease of the communication process used by nurses during the transition from the hospital (coronary care unit) to the home for therapeutic adherence. **Method:** The article corresponds to a qualitative study, which used an approach through grounded theory. The participants were 12 informants from the city of Medellín, Colombia. Data reliability was guaranteed. **Results:** Construction of a theoretical postulate: "Reconstructing the significance of treatment: from the indifference to reviving with a dialogic bond that relieves". The process faced by patients with coronary disease, derived from the communication process, goes from "living in ignorance", "experiencing rupture with the treatment" to "reconstructing: finding sense" and, finally, "finding a state of harmony: new learnings". This last achievement is obtained when creating awareness in the "dialogic bond that relieves". **Conclusions:** The meaning granted by patients with coronary disease to the communication process for therapeutic adherence is established when reaching transformation and expanding the conscience (creating awareness) in a "dialogic bond that relieves"; likewise, when this process is full of apathy and indifference, the sense of the treatment is lost.

KEYWORDS (SOURCE: DECS)

Communication; bonding; adhesion; treatment adherence and compliance; nursing; coronary disease.

* Article derived from the research: Meanings of the nurse-patient communication process with patients with coronary disease for therapeutic adherence.

*O vínculo dialógico que alivia: encontro para transcender a adesão terapêutica**

RESUMO

Objetivo: descrever os significados que o paciente com doença coronária constrói do processo comunicativo utilizado pela enfermeira na transição do hospital (unidade de cuidados coronários) ao lar para a adesão terapêutica. **Método:** este artigo corresponde a um estudo qualitativo, no qual foi utilizada uma abordagem por meio da teoria fundamentada. Participaram 12 informantes da cidade de Medellín, Colômbia. Garantiu-se a confiabilidade dos dados. **Resultados:** a construção de uma premissa teórica "Reconstruindo o significado do tratamento: da indiferença a renascer com um vínculo dialógico que alivia". O processo que os pacientes com doença coronária enfrentam, derivado do processo comunicativo, vai desde "vivendo no desconhecimento", "experimentando ruptura com o tratamento", até "reconstruindo: encontrando sentido" e, finalmente, "encontrando um estado de harmonia: novas aprendizagens". Este último é atingido ao criar consciência sobre o "vínculo dialógico que alivia". **Conclusões:** o significado que os pacientes com doença coronária outorgam ao processo comunicativo para a adesão terapêutica é estabelecido ao alcançar transformação da consciência e sua expansão (conscientizar) em um "vínculo dialógico que alivia"; além disso, quando esse processo se encontra permeado de apatia e indiferença, perde-se o sentido do tratamento.

PALAVRAS-CHAVE (FONTE: DECS)

Comunicação; vínculo; aderência; cooperação e adesão ao tratamento; enfermagem; doença das coronárias.

* Artigo derivado da pesquisa: significados do processo comunicativo enfermeira-paciente com doença coronária para a adesão terapêutica.

Introducción

Actualmente, la enfermedad cardiovascular representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en Colombia. El reporte dado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2014 mostró cómo esta enfermedad produce el mayor número de muertes en el mundo (1). Se ha determinado que la no adherencia al tratamiento farmacológico o no farmacológico se asocia al no control de la enfermedad, lo cual implica un aumento de las complicaciones y, de la misma manera, según Iuga y McGuire (2), de los costos de la asistencia hospitalaria. Conthe *et al.* (3) determinó que el 50 % de los pacientes con enfermedades crónicas presentan falta de adherencia terapéutica.

Por otra parte, la literatura ha reportado que variables como la calidad en la comunicación, la confianza y la empatía con el paciente son factores que permiten mejorar la adherencia y están altamente correlacionados con la adhesión terapéutica (4, 5). La comunicación es uno de los pilares fundamentales para lograrlo; puesto que autores como Linn *et al.* (6) y Zullig *et al.* (7) han determinado que la comunicación es un recurso importante para apoyar la adherencia a medicamentos en pacientes con enfermedad cardiovascular. Asimismo, el metaanálisis realizado por Zolnieriek y Dimatteo (8) de 127 estudios reveló que existe una relación entre la manera de comunicarse con el paciente y la adherencia, e indicó que las probabilidades de la adhesión en un paciente son 2,16 veces más altas si existe una comunicación efectiva.

Los estudios citados se refieren a la relación entre la manera de comunicarse con el paciente y la adherencia terapéutica, pero hace falta explorar los significados que el paciente concede al proceso comunicativo como factor fundamental en el cuidado de enfermería. Según Shannon y Weaver (9), toda comunicación produce conductas, además de significados; por tal razón, la presente investigación tuvo como objetivo describir el significado que otorga el paciente con enfermedad coronaria (PEC) al proceso comunicativo que utiliza la enfermera en la transición del hospital al hogar para la adherencia terapéutica.

Metodología

Este estudio tuvo un abordaje cualitativo, y utilizó como método la teoría fundamentada (TF), guiada por los lineamientos de Corbin y Strauss (10), la cual permite explicar procesos sociales y significados desde el punto de vista de quien los construye. Uti-

liza un diseño sistemático y dinámico no secuencial para la generación de categorías, donde se permite que los datos vayan y vengan, para comprobar que la interpretación realizada sea congruente con las expresiones de los participantes, a través de la comparación constante (11). El desarrollo de esta metodología se centra en el interaccionismo simbólico, sobre el cual Blumer plantea cómo los pacientes actúan a partir de los significados que las cosas tienen para ellos (la comunicación), y no responden simplemente a estímulos (12).

Para la recolección de la información, se tuvo en cuenta un aspecto fundamental de la TF: la calidad y la profundidad de los datos recolectados (11). Ante esto, se optó por la entrevista en profundidad, método que permite la obtención de una gran riqueza informativa, de carácter holístico y contextualizado, por medio de la palabra del entrevistado (PEC). Dicho método favoreció la transmisión de información no superficial y permitió analizar los significados (13).

Es de anotar que la transcripción y la codificación de cada entrevista se realizaba antes de continuar con la siguiente, con el objetivo de dar cumplimiento a los criterios establecidos por la TF: la recolección de datos debe ir inmediatamente seguida del análisis, con el objetivo de que se convierta en guía para la posterior recolección de datos (11).

La cantidad de participantes fueron 12 PEC, que se encontraban en proceso de transición (alta) de la unidad de cuidados coronarios (UCC) al hogar, en una institución de Medellín, y estuvo determinada por el muestreo teórico, punto donde ya no emergen propiedades, dimensiones o relaciones nuevas durante el proceso de análisis (11). De estos, 5 eran mujeres y 7 eran hombres, en edades entre los 58 y 78 años; el tiempo de enfermedad oscilaba entre 5 meses y 12 años, el cual es equivalente al mismo tiempo requerido de tratamiento de uso crónico, tanto farmacológico como no farmacológico.

Para mantener la rigurosidad del método, se tuvieron en cuenta los criterios de Chiovitti y Piran (14) para la investigación cualitativa, con el enfoque de la TF: credibilidad (se utilizó el propio lenguaje de los participantes en todos los niveles de codificación y se validaron los datos con los participantes), auditabilidad (se examinaron los datos entre diferentes niveles de códigos existentes en la literatura para, a partir de aquellos, consolidar conclusiones iguales o similares a las del investigador original)

y trasferibilidad (se describió cómo se relacionan las categorías que emergieron con respecto a la literatura). Cada criterio fue clave para mantener la coherencia interna del trabajo.

Para el desarrollo de la investigación, se tuvieron en cuenta el aval del Comité de Ética de la Universidad Nacional de Colombia y la aprobación de la institución de salud donde se llevaron a cabo las entrevistas. Asimismo, los principios éticos de beneficencia y no maleficencia, veracidad y fidelidad; el derecho a la confidencialidad y a la privacidad, a la autodeterminación y a estar informado sobre la naturaleza de la investigación, los beneficios potenciales y las molestias que puede representar el estudio para los participantes.

Para dar cumplimiento a lo anterior, se elaboró un consentimiento informado, donde se detallaron aspectos fundamentales, como beneficios potenciales, el derecho a renunciar, el manejo de los datos y la promesa de confiabilidad y relevancia del estudio en el cuidado de enfermería. Esto permitió a los participantes tomar la libre decisión de participar o no en el estudio, así como de retirarse en cualquier momento, si así lo deseaban.

Para el análisis de los datos, se realizó una codificación abierta (para analizar línea a línea), axial (para relacionar códigos) y selectiva (para integrar conceptos en torno a la categoría central), teniendo en cuenta como base dos elementos fundamentales: la comparación constante y la “sensibilidad teórica” (15); este proceso permitió describir de forma detallada tres constructos: uno relacionado con las dificultades que se experimentan con la comunicación en el alta (paso de la UCC al hogar), “Percibiendo dificultades en la trayectoria del tratamiento a partir de la comunicación para el cuidado”, y dos relacionados con una comunicación satisfactoria, “Estableciendo vínculos dialógicos que alivian” y “Originándose una comunicación resonante: transforma”.

Finalmente, a partir de un nivel mayor de abstracción, se hizo una integración analítica por medio de diagramas y se obtuvo una representación abstracta de los datos (10), lo que permitió plantear y describir la categoría medular denominada “Reconstruyendo el significado del tratamiento: de la indiferencia a renacer con un vínculo dialógico que alivia”. De este postulado, se resalta “el vínculo dialógico que alivia”, estructura medular sobre la cual gira todo el proceso para trascender a la construcción de crear conciencia frente a la adherencia terapéutica, y como una manera de encontrar un estado de bienestar.

Así, las categorías que se describen a continuación están construidas desde sus propiedades y dimensiones.

Dificultades del tratamiento a partir de la comunicación para el cuidado

Durante el proceso de transición (alta), el paciente puede experimentar encuentros comunicativos con la enfermera, considerados asincrónicos: este se siente indiferente, ignorado y con ausencia de información para el autocuidado, lo cual le produce una alteración en el proceso de la adherencia terapéutica que lo lleva a perder el sentido del tratamiento.

... es que en el alta lo tratan a uno fríamente, indolente, a lo que vinimos... y creo que a veces ni así, es que ni lo miran a uno [PEC: 12.12.19].

... le entregan a uno papeles para ir a reclamar, y nadie le explica a uno nada [PEC: 01.01.31].

Dada la importancia del proceso comunicativo en la transición del hospital al hogar, momento donde se transmite información y se educa para el autocuidado y el manejo del tratamiento de uso crónico, cuando este proceso se torna negativo para el paciente, genera un “lidiar con las barreras comunicativas para el cuidado”, y los pacientes refieren sentirse “indiferentes para el otro” [enfermera] o “sumergirse en el desconocimiento y perder la credibilidad en el tratamiento”.

... es uno ahí esperando, pues lo que le explicaron a uno, pero no, ellas [enfermeras] ni lo volteaban a ver a uno... eso se siente uno mal porque se va para la casa igual que como llegó [PEC: 07.07.17].

El uso de lenguaje técnico asociado a la apatía es otra de las limitantes en un proceso comunicativo que afecta el aprendizaje para el autocuidado, puesto que genera sentimientos de rabia y desmotivación.

... Uno se ve a gatas para comprender lo que le dicen a uno [...] uno ve que le hablan de esa forma como para que uno como que no les entienda, ya no les pregunte más, y, claro, qué les va a preguntar uno, si son tan secas como rudas... eso da como tantas cosas, como rabia, y desanima [PEC: 12.12.38].

Los mensajes transmitidos de manera confusa e incomprensible son omitidos y olvidados, y no generan ninguna importancia;

por esto también, los pacientes acuden a otras estrategias de aprendizaje que, lejos de cubrir sus necesidades, les pueden llevar a cometer errores. Con todas estas experiencias, se consolida el miedo, y esta emoción se convierte en un impedimento para el establecimiento y la movilización de estrategias de autocuidado.

En esos encuentros, la palabra *NO* suele ser reactiva e impositiva, y genera conflictos en la interacción comunicativa de cuidado; impide entrar en sintonía con el otro (paciente), por lo que los pacientes refieren haber tenido sentimientos de frustración y falta de apoyo:

... las respuestas que uno recibe es todo que "NO"... para todo, uno les pregunta y entonces... y eso lo llena a uno es como de rabia también, y se pone es uno a pelear con ellos [enfermeros] y no se logra como entendimiento ni encontrar apoyo, y aprender algo, menos [PEC: 02.02.28].

Carecer de la información para dar continuidad al tratamiento de uso crónico en el hogar hace más vulnerable al paciente y no le permite encaminar acciones positivas; por el contrario, este experimenta una variedad de condiciones críticas y sentimientos adversos, como incertidumbre, sufrimiento y frustración con el tratamiento.

... imagínese que mi esposo se murió porque, de todos los hospitales donde fuimos, nadie nos explicó cómo teníamos que cuidarlo, qué medicamentos darle [PEC: 01.01.45].

Perder el sentido del tratamiento está fundamentado en que, a nivel cognoscitivo y psicoemocional, experimentan miedo e incredulidad, como consecuencia de la ausencia de encuentros comunicativos fructíferos, donde se pueda dar un entendimiento mutuo y se vivan experiencias compartidas generadoras de conciencia.

... por varias razones, no volví a los controles, no me volví a tomar nada; una de aquellas, y de la que apenas caigo en cuenta, es que nadie de las personas que me trataban, ni el médico ni la enfermera, me crearon la conciencia de tomarme los medicamentos [PEC: 04.04.22].

La falta de autocuidado y adherencia están asociados a los interrogantes que surgen durante el mismo autocuidado, los cuales no se logran resolver, puesto que a los pacientes les ha faltado acompañamiento.

En la búsqueda de alternativas ante las limitaciones que viven, los pacientes y sus familiares se ven sometidos a obtener información que, muchas veces, sugestionada o los conduce a permanecer en un estado de confusión, que repercute en las dimensiones emocional y física del paciente.

... Yo soy muy inquieta con mi mamá [hija del PEC], todo lo quiero saber, y más cuando le dejan de decir tantas cosas que son importantes para uno cuidarla y para que ellos [PEC] hagan caso. Entonces, como uno tiene a la mano ya la información más fácil, porque en el computador encuentra pues todo, pero como uno no entiende, empieza a leer y se sugestionan todo [PEC: 01.01.18].

Estableciendo vínculos dialógicos que alivian

Los encuentros comunicativos mediados por palabras aliviadoras y contextos acogedores permiten la formación de lazos afectivos representados en una compenetración y sintonía comunicativa entre el paciente y la enfermera.

Las dimensiones que caracterizan el vínculo dialógico dependen de: 1) el acople o la forma de sincronizar el proceso comunicativo para que responda a las necesidades; 2) la calidad de los mensajes o la claridad en el lenguaje que se utiliza para transmitir mensajes que llenen las expectativas de cada paciente; 3) la duración versus la calidad del encuentro, ya que los pacientes no reclaman tiempos prolongados en el alta y, por el contrario, buscan espacios y ambientes para establecer un proceso comunicativo cargado de calidad humana y aprendizajes; y 4) la calidad humana, que está representada en las palabras que se emiten, en la comunicación no verbal (el trato y el tono de voz) y en los mensajes que transmiten tranquilidad a los pacientes y hacen que los encuentros comunicativos sean reconfortantes.

En un proceso comunicativo acogedor, nace la empatía como mecanismo integrador para el mantenimiento de todo el proceso; se edifica a partir de la calidez con que se inicia el encuentro y se nutre de la forma como se transmitan los mensajes: claridad, cariño y humanidad. Es un factor crucial para tener encuentros que permitan superar aquellos sentimientos negativos y dificultades derivados del desconocimiento.

... si existe empatía y esa humanidad y esa calidez de enseñarle cómo manejarse, cómo salir y cómo cuidarse, eso hace que uno le coja cariño al tratamiento, [...] ya lo aprendí a sobrellevar, calmé tantos miedos... es que ella [la enfermera], así conmigo, nos entendimos súper, y logré muchas cosas para mi cuidado, tanto con mi tratamiento, como con todo [PEC: 04.04.14].

En estos espacios, se vuelven a descubrir y se encuentran nuevos significados del tratamiento como:

... un compañero inseparable de vida [PEC: 06.06.07], una forma de encontrar calidad de vida. [...] [PEC: 03.03.18] y a entender cómo... la información fue la necesaria para yo ahora estar bien y no abandonar el tratamiento [PEC: 04.04.25].

Los pacientes argumentan que la comunicación está sustentada en la reciprocidad y en la transmisión de mensajes comprensibles; encuentran en ella un sentido para la vida en la trayectoria del tratamiento; se convierte también en una terapia para alcanzar alivio, tranquilidad y credibilidad, gracias al poder y a la fuerza que estos mensajes tienen.

... la comunicación como que le llega a uno a este corazón enfermo y te alivia... es chistoso, pero es así [PEC: 06.06.11].

Con una comunicación que alivia, se aprende a llevar el tratamiento por conciencia, lo cual permite mantener un equilibrio en el estado de salud.

Originándose una comunicación resonante: transforma

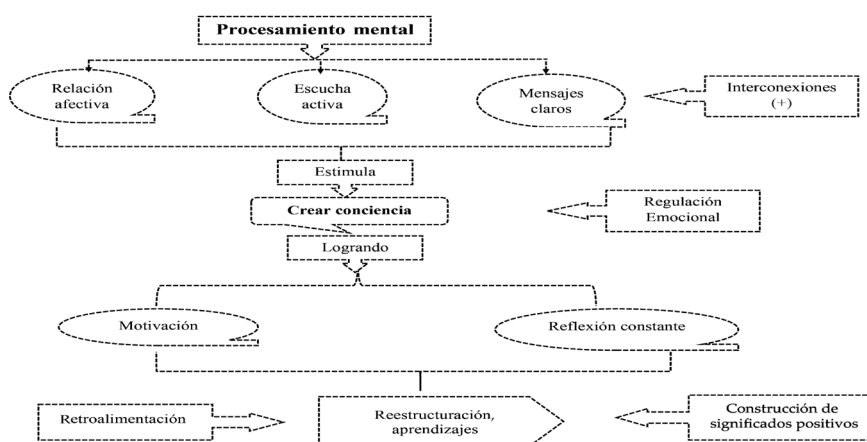
La comunicación resonante se describe como un elemento terapéutico que permite “transformar y crear conciencia (trascender)”; surge gracias a interconexiones como el “vínculo dialógico que alivia”, cuando los pacientes mantienen activa una función reflexiva como estrategia de razonamiento y comparación retrospectiva y prospectiva del pasado, presente y futuro frente al tratamiento, a lo largo de sus vidas.

Para algunos de los participantes, la información que se transmite “se queda trabajando en la cabeza y crea conciencia de hacer todo mejor para encontrar bienestar” [PEC: 08.08.18]. Estos razonamientos permiten ir escalando en el proceso hasta encontrar una trayectoria satisfactoria del tratamiento.

A los pacientes con enfermedad coronaria, las palabras de una comunicación resonante les generan una experiencia de “sentirse cuidados”, gracias al componente afectivo inmerso en ellas. Así, forman enlaces positivos con el tratamiento y logran mirarlo “con amor o... como un imancito que no se puede soltar” [PEC: 09.09.24].

La comunicación resonante tiene un componente regulador que permite despertar sentimientos positivos para construir motivaciones que estimulen en el paciente el deseo de luchar y encontrar estados de bienestar. En la figura 1, se ilustra el proceso de una comunicación resonante.

Figura 1. Comunicación resonante



Fuente: recuperado de Arango MC (16), 122.

En este proceso, cuando la relación es humana y afectiva, se crean alianzas de aprendizajes mutuos:

... la forma como le lleguen a uno, como le expliquen, es para uno encontrar un verdadero significado a tomar tanta droga para aliviarse y no abandonarla, ¿cómo va encontrarle uno sentido a algo que no sabe, no entiende? Pues... no sé [PEC: 03.03.20].

En este nuevo proceso comunicativo, los pacientes reconocen la importancia de aprender a llevar el tratamiento para no recaer, no como una imposición establecida por otro, sino para alcanzar estabilidad:

... le da a uno [PEC] esa conciencia de hacer todo mejor por el bienestar de uno, no por regaños, ni miedos, sino para estar bien [PEC: 08.08.18].

Planteamiento teórico

Reconstruyendo el significado del tratamiento: de la indiferencia a renacer con un vínculo dialógico que alivia

Un análisis extenso de los datos permitió comprender cómo la adherencia terapéutica adquiere un significado en el contexto del encuentro comunicativo; la categoría central es el resultado de la reducción de la información recolectada en las entrevistas, por medio de un proceso inductivo y de comparación constante de los datos (11); en aquella, se describe cómo el proceso inicia cuando el PEC enfrenta un desorden, producto de las barreras en la comunicación para el cuidado en la transición (alta), al percibir indiferencia. Dicha indiferencia lo sumerge en un estado de desconocimiento que hace que pierda el sentido del tratamiento y vuelva a enfermar. El paciente en condición de vulnerabilidad continua, impotencia y confusión debe asumir un proceso terapéutico que requiere educación clara y motivadora.

Si el proceso comunicativo se caracteriza por la empatía, el crecimiento mutuo, la sintonía (entendimiento) y las palabras que cuidan, se forma el denominado “vínculo dialógico que alivia”, que surge de la necesidad de adquirir aprendizajes significativos para el cuidado de sí. Estas palabras permiten potencializar la interacción del cuidado, así como compartir ideas y experiencias en un proceso que es mutuo. Esta forma de comunicación para el cuidado es resonante en el paciente, es decir, transforma significados y emociones negativas y modifica el curso del tratamiento, ya que se superan la necesidad de información y la incertidumbre producto del desconocimiento.

En “el vínculo dialógico que alivia”, se forman lazos e interconexiones creativas y empáticas de cuidado que brindan satisfacción y permiten el renacimiento y la regulación emocional que le dan seguridad al paciente para continuar. En este encuentro, el paciente se percibe como un agente activo de su cuidado, por lo cual cambia su visión del tratamiento y se transforma en un protector para mantener un equilibrio con la enfermedad.

Discusión

El presente estudio llega al concepto de *vínculo dialógico que alivia*, el cual permite representar y nutrir el patrón estético de cuidado, además de realimentar los elementos de cuidado en el contexto de la transición y la adherencia terapéutica, reconociendo que se trata de un fenómeno multidimensional y con una alta influencia desde el proceso comunicativo.

A partir de las raíces etimológicas del latín, la palabra *comunicación* viene de *comunicare*, que significa ‘compartir algo, poner en común’, o el medio que permite que haya unión y vínculo, y de *vinculum*, que significa ‘unión o atadura de una persona o cosa con otra’ (17). Así, al unir los dos conceptos, se puede apreciar cómo la comunicación (verbal y no verbal) es un proceso clave a través del cual se vinculan dos personas para poner en común pensamientos, necesidades, conocimientos, y para establecer una relación de ayuda —en este contexto— enfermera-paciente.

Al analizar las teorías de los vínculos, se encontró que se han estudiado desde diferentes áreas del conocimiento, y que es un proceso que hace parte de la evolución (supervivencia), el desarrollo (encontrar cuidado, aprendizaje y salud emocional) y la relación del ser humano (encontrar significado a las vivencias).

Desde la teoría del apego, Bowlby (18) ha determinado cómo el vínculo mantiene su conservación desde la proximidad con otro individuo capacitado para ayudar a enfrentar el mundo; es a través del vínculo que los seres humanos encuentran alivio, consuelo y cuidado. Este concepto se relaciona con lo descrito en el “vínculo dialógico que alivia”, por estar asociado con la compenetración y la sintonía comunicativa que lo caracterizan, para ayudar a aliviar la angustia producto del desconocimiento, y a experimentar un clima de afecto y confianza para crear conciencia frente al tratamiento.

El clásico concepto de *vínculo* de Pichon-Rivière se acerca más al fenómeno del “vínculo dialógico que alivia”, estructura

compleja en espiral donde se involucran emisor, receptor, codificación y decodificación; en cada vuelta, se interactúa para retroalimentarse y resolver las contradicciones entre las partes (19). De la misma manera, el “vínculo dialógico que alivia” es un proceso diádico, reajustado y acoplado a la necesidad del paciente, donde se retroalimentan mutuamente saberes por medio de palabras que alivian y cuidan, y se crea una sincronía comunicativa que permite construir motivaciones que desvanecen las angustias y alcanzan un renacimiento conectado al tratamiento.

La sincronía comunicativa (paciente-enfermera) es un elemento evidente en el vínculo, que permite que el paciente y la enfermera desarrollen una relación de “sentir significados subjetivos tácitos” de experiencias y situaciones que expanden la conciencia y construyen significados (20).

Una manera de validar la expansión de la conciencia (crear conciencia) en el vínculo dialógico frente a la condición de enfermedad coronaria es a través de la teoría de la salud como expansión de la conciencia (21), la cual afirma cómo la expansión de la conciencia es una tendencia innata de los seres humanos. Aunque algunas experiencias y procesos la precipitan, en este caso el “vínculo dialógico que alivia” conlleva transformaciones más rápidas, y la mutua asociación enfermera-paciente permite reflexionar sobre el patrón evolutivo (adherencia terapéutica). Cada conocimiento que adquieren en el proceso conduce a despertar y a transformar la conciencia a un nivel más alto.

Cada proceso vivido en el “vínculo dialógico que alivia” es una representación del diálogo experimentado, por lo cual se convirtió en la unidad medular, en el pilar fundamental de cuidado, siendo la forma de búsqueda del entendimiento común. Es el ambiente el que permite conocerse recíprocamente y ofrecer cuidado único; en él se habla y se escucha al otro para entender el miedo y la incertidumbre que se enfrentan por el desconocimiento (22). Acosta y Garcés (23) han definido cómo el diálogo de saberes permite crear encuentros para tejer vínculos, así como reconocer al otro (paciente).

La resonancia fue otro componente dentro de la comunicación que alivia. Mostró los nuevos procesamientos mentales que los pacientes logran realizar cuando existe entendimiento en la interacción de cuidado. Según Meleis (20), la resonancia describe la dirección del cambio desde los patrones de onda más bajos hasta los más altos. En el vínculo dialógico que alivia, se logró escalar

de una indiferencia (nivel más bajo) a un renacer acompañado del tratamiento (nivel más alto).

Ramírez *et al.* (24) afirman que el vínculo es un fenómeno que facilita mejorar la actitud frente al tratamiento y lograr su fidelización, puesto que se instauran procesos participativos que permiten al paciente realizar una coconstrucción positiva del significado del tratamiento. Por esta razón, el PEC, cuando construye un “vínculo dialógico que alivia” con la enfermera, logra sentirse proyectado y encuentra un significado a la experiencia.

Por otra parte, el estudio de Flórez y Hernández (25) reportó que para el 32,6% de los pacientes, el tratamiento era complejo de entender, debido a explicaciones confusas, mientras que el 36,8% desconocía cómo tratar la enfermedad. El resultado es congruente con lo reportado en el estudio, en el cual los pacientes manifiestan explicaciones confusas, o la ausencia de estas, y desconocen cómo dar continuidad a la trayectoria del tratamiento, lo que conduce a sentirse indiferente para el otro (enfermera) y al abandono del tratamiento.

Según la teoría cognitiva sistémica de la comunicación (26), es fundamental el modo como ingresa la información al sistema (cerebro), puesto que, según esto, es conservada (memoria), recuperada y utilizada (conocimiento) para producir nuevos cambios (crear conciencia); de esta manera, los seres humanos toman solo la información que sea susceptible de ser agrupada en la conciencia, para generar una representación mental. Esto es congruente con los resultados y explica por qué cuando para los pacientes los mensajes eran confusos e incompresibles, eran olvidados y no tenían ningún significado importante para el autocuidado, mientras que cuando le encontraban un sentido, su conciencia se expandía, y ello les generaba una sensación de bienestar, lo cual les permitía alcanzar una adherencia terapéutica.

Desde la perspectiva de las relaciones interpersonales en enfermería, Peplau (27) afirma que la claridad en los mensajes asegura un proceso comunicativo útil, elemento evidente en el “vínculo dialógico que alivia”, para que el paciente alcanzara aprendizajes significativos.

El concepto de *transacciones* descrito por King (28) también se relacionó con el “vínculo dialógico que alivia”, pues dos individuos se identifican de manera significativa, mutuamente (enfermera-paciente), e interactúan para llegar a acuerdos y establecer

metas terapéuticas compartidas (objetivos mutuos), comprendidas, aplicadas y adaptadas a la vida diaria.

Múltiples estudios como los de Deley *et al.* (29), Arnow y Steidtmann (30), Vélez (31), Durig, Rous y Rousset (32) han demostrado cómo la toma de decisiones compartidas, los vínculos, los modelos de asociación durante la atención y las alianzas terapéuticas positivas permiten formar contextos donde el paciente logra sentirse seguro para alcanzar el éxito terapéutico y dar forma a su enfermedad a través de la medicación. Esta afirmación explica por qué cuando los pacientes encuentran un vínculo dialógico que alivia, construyen una mutua asociación que les permite aprender a sobrellevar la enfermedad, gracias a que perciben el tratamiento con amor y como una manera de mantener la calidad de vida.

Según la revisión sistemática realizada por Cofreces *et al.* (33), los altos niveles de adherencia están asociados a modelos de comunicación donde se construyen procesos de negociación, acuerdos y comprensión. Estos elementos, implícitos en el vínculo dialógico que alivia, llevaron a escalar a etapas superiores, como la adherencia terapéutica.

El crecimiento alcanzado en el “vínculo dialógico que alivia” también es fruto de la retroalimentación, proceso que hace partícipe al otro (paciente) de la interacción comunicativa y garantiza la comprensión de los mensajes. Para Weinstein (34), la retroalimentación es una manera de darle estructura a una relación y de encontrar apoyo; este elemento permite al PEC darle un sentido y significado al tratamiento.

Para finalizar, la revisión sistemática realizada por Zill *et al.* (35) demuestra que existen múltiples instrumentos psicométricos que miden la comunicación durante la atención en salud, pero no en lo que respecta a la comunicación para el cuidado enfermera-paciente en la transición del hospital al hogar para la adherencia terapéutica. El presente estudio es la descripción de un primer nivel teórico del fenómeno, que genera algunos elementos que podrán ser retomados en su construcción.

Al estudiar los vínculos descritos en otras áreas del conocimiento, se puede afirmar que el vínculo delineado en este estudio resulta auténtico o genuino porque su construcción se da por medio de palabras y diálogos que inspiran y transfieren cuidado, e inspira la búsqueda de un significado del tratamiento de uso crónico, para adaptarlo y mantenerlo en la vida diaria.

Conclusiones

El análisis detallado y la interrelación entre cada una de las categorías permitió concluir que, según la experiencia comunicativa que enfrentan los pacientes en la transición del hospital al hogar para la adherencia terapéutica, se define un camino cargado de fracaso o de éxito con el tratamiento. Así, las barreras comunicativas en el cuidado llevan a que se pierda el sentido del tratamiento y hacen invisibles a los pacientes en la transición. Experimentar una interacción comunicativa satisfactoria modifica la visión del paciente con respecto a su tratamiento, le permite regular las emociones negativas, así como encontrar una razón para continuar y reasignar nuevos significados al tratamiento. Por ello, adquiere el significado de “renacer con un vínculo dialógico que alivia”.

El proceso que describe las acciones/interacciones de “renacer con un vínculo dialógico que alivia” es descubrir que las “palabras cuidan (transforman)”. Se caracteriza por ser individual y dinámico, y es el que permite escalar hasta encontrar un sentido nuevo al tratamiento. Sin embargo, no todos los pacientes logran alcanzar el ideal, algunos se quedan “atrapados” en las redes de las barreras comunicativas, lo que les impide otorgar un sentido al tratamiento y proyectarlo como un compañero de vida.

El significado que construyen los pacientes con enfermedad coronaria desde lo cualitativo permite entender que los procesos comunicativos que ellos experimentan son determinantes y constituyen el eje central para la construcción de esquemas motivacionales y para darle un significado positivo al tratamiento.

Conflicto de interés: ninguno declarado.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles [Internet]. 2014. Available in: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf;jsessionid=D9F6D2E5B400BC65290ADCBB955D2BE3?sequence=1
2. Iuga AO, McGuire MJ. Adherence and health care costs. *Risk Manag Health Policy*. 2014 feb. 20;7:35-44. DOI: 10.2147/RMHP.S19801
3. Conthe P et al. Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. *Rev Clin Esp* [Internet]. 2014. DOI: 10.1016/j.rce.2014.03.008
4. Pisano M, González A. La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enferm Clin* [Internet]. 2014; 24 (1):59-66. DOI: 10.1016/j.enfcli.2013.10.006
5. Brown MT, Bussell J, Dutta S, Davis K, Strong S, Mathew S. Medication adherence: truth and consequences. *Am J Med Sci* [Internet]. 2016 abr. 351(4):387-99. DOI: 10.1016/j.amjms.2016.01.010
6. Linn AJ et al. The value of nurses' tailored communication when discussing medicines: Exploring the relationship between satisfaction, beliefs and adherence. *J Health Psychol* [Internet]. 2014. p. 9. DOI: 10.1177/1359105314539529
7. Zullig L, Shaw R, Shah B, Peterson E, Lindquist J, Crowley M. Patient-provider communication, self-reported medication adherence, and race in a postmyocardial infarction population. *Patient Prefer Adherence*. 2015, 9:311-331. 10.2147/PPA.S75393
8. Zolnierok K, Dimatteo M. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care* [Internet]. 2009; 47 (8):826-34. DOI: 10.1097%2FMLR.0b013e31819a5acc
9. Shannon C, Weaver W. Teoría matemática de la comunicación. Madrid: Forja; 1981.
10. Corbin J, Strauss A. Basics of qualitative research. 4.ª ed. Los Ángeles: Sage; 2014.
11. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
12. Blumer H. Symbolic interactionism: Perspective and method. University California Press; 1969. p. 4.
13. Valles MS. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. [Internet]. Madrid: Síntesis; 1999.
14. Chiovitti R, Piran N. Rigour and grounded theory research. *J adv nurs* [Internet]. 2003;44(4):430. 10.1046/j.0309-2402.2003.02822.x
15. Charmaz K. Constructing grounded theory. 2.ª ed. Los Ángeles: Sage; 2014.
16. Arango MC. Significados del proceso comunicativo enfermera-paciente con enfermedad coronaria para la adherencia terapéutica [tesis de maestría]. [Bogotá (COL)]: Universidad Nacional de Colombia; 2018. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/72006/1/Tesis%20final%20MCAR.pdf>
17. Diccionario de la Lengua Española; 2017. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=DgIqVCc>
18. Bowlby J. Attachment and Loss (III). La pérdida afectiva. Buenos Aires: Paidós SAICF; 1983.
19. Enrique Pichon-Rivière. Vinculo y teoría de las tres D (depositante, depositario y depositado). Rol y status. *The International Journal of Psychoanalysis* (en español) [Internet], 2017 3 (1): 177-186. DOI: 10.1080/2057410X.2017.1490564
20. Meleis A. Theoretical nursing: development and progress. Lippincott: Williams and Wilkins; 2011.
21. Dexheimer M. Theory of health as expanding consciousness. En: Smith M, Parker M. Nursing theories and nursing practice. FA Davis, 2015, p. 279-300.

22. Noddings N. *Caring: A relational approach to ethics moral education*. Los Ángeles, Londres: University of California Press; 2013.
23. Acosta GL, Garcés A. El diálogo de saberes en comunicación o el giro del pensamiento y de la acción en las prácticas de comunicación para la movilización y el cambio social. En: Acosta GL, Pinto MC y Tapias CA (eds.), *Diálogo de saberes en comunicación: colectivos y academia*. Medellín; CIESPAL; 2016. p. 23-56.
24. Ramírez P, Álvarez M, Cabello D, Riquelme A, Guerra M. Vínculo terapéutico, expectativas, impacto y adherencia al tratamiento según la percepción de los usuarios del Cosam puente alto en tratamiento por adicciones. *Rev GPU* 2018; 14; 2: 193-201. Disponible en: <http://www.revistagpu.cl/GPU-dic-2018.pdf#page=101>
25. Flórez I, Ruidiaz R, Hernández J. Valoración de la incertidumbre en paciente con cardiopatía isquémica. *Actualizaciones en Enfermería*. 2014, 17(3):15-21. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve173/valoracion-cardiopatia-isquemica/>
26. Colle R. *Teoría cognitiva sistémica de la comunicación: de la materia a la conciencia*. Universidad Diego Portales: Santiago de Chile; 2002.
27. Peplau H. *Relaciones interpersonales en enfermería. Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: Salvat; 1990.
28. King I. *A theory for nursing: systems, concepts, process*. Albany, Nueva York: Delmar; 1981.
29. Daley DJ, Deane KH, Gray RJ, Hill R, Myint PK. Qualitative evaluation of adherence therapy in Parkinson's disease: a multidirectional model. *Patient Prefer Adherence* [Internet]. 2015 jul. 10;9:989-98. DOI: 10.2147/PPA.S80158
30. Arnow BA, Steidtmann D. Harnessing the potential of the therapeutic alliance. *World Psychiatry* [Internet]. 2014 oct. 13(3):238-40. DOI: 10.1002/wps.20147
31. Vélez AJ. *Relación entre el bienestar psicológico de los psicoterapeutas y el vínculo terapéutico* [tesis de maestría; en línea]. [Medellín]: Universidad de Antioquia; 2014.
32. Durif-Bruckert C, Roux P, Rousset H. Medication and the patient-doctor relationship: a qualitative study with patients suffering from fibromyalgia. *Health Expectations* [Internet]. 2014, 18(6):2584-2594. DOI: 10.1111/hex.12230
33. Cofreces P, Ofman S, Stefani D. La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. *Revista de Comunicación y Salud* [Internet], 2014 4:19-34. Disponible en: revistadecomunicacionysalud.org/index.php/rcys/article/download/53/72
34. Weinstein N, De Haan C. On the mutuality of human motivation and relationships. En: Netta W. *Human motivation and interpersonal: theory, research, and applications*. Nueva York, Londres: Springer; 2014. p. 3-24.
35. Zill JM, Christalle E, Müller E, Härter M, Dirmaier J, Scholl I. Measurement of physician-patient communication: a systematic review. 2014. *PLOS ONE*, 9(12). Disponible en: 10.1371/journal.pone.0112637