

**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
SEDE QUITO**

**CARRERA:
PSICOLOGÍA**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de:
PSICÓLOGA**

**TEMA:
LA RESPONSABILIDAD DEL PROFESIONAL DE SALUD MENTAL
COMO CORREGULADOR DE LA EXCITACIÓN
EN LA INTERACCIÓN CON PACIENTES
MEDIANTE SUS PAUTAS SOMÁTICAS**

YOLANDA VERÓNICA ÁVILA SUÁREZ

**TUTORA:
YAIMA ÁGUILA RIBALTA**

Quito, junio de 2022

Cesión de derechos de autor

Yo, YOLANDA VERÓNICA ÁVILA SUÁREZ, con documento de identificación N° 1709784928, manifiesto mi voluntad y cedo a la Universidad Politécnica Salesiana la titularidad sobre los derechos patrimoniales en virtud de que soy autora del trabajo de titulación intitulado: «LA RESPONSABILIDAD DEL PROFESIONAL DE SALUD MENTAL COMO CORREGULADOR DE LA EXCITACIÓN EN LA INTERACCIÓN CON PACIENTES MEDIANTE SUS PAUTAS SOMÁTICAS», mismo que ha sido desarrollado para optar por el título de: PSICÓLOGA, en la Universidad Politécnica Salesiana, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En aplicación a lo determinado en la Ley de Propiedad Intelectual, en mi condición de autora me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia, suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Politécnica Salesiana.



Yolanda Verónica Ávila Suárez

C.I.:1709784928

Junio de 2022

Declaratoria de coautoría del docente tutor/a

Yo, YAIMA ÁGUILA RIBALTA declaro que bajo mi dirección y asesoría fue desarrollado el trabajo de titulación: «LA RESPONSABILIDAD DEL PROFESIONAL DE SALUD MENTAL COMO CORREGULADOR DE LA EXCITACIÓN EN LA INTERACCIÓN CON PACIENTES MEDIANTE SUS PAUTAS SOMÁTICAS», realizado por YOLANDA VERÓNICA ÁVILA SUÁREZ, obteniendo un producto que cumple con todos los requisitos estipulados por la Universidad Politécnica Salesiana, para ser considerados como trabajo final de titulación.

Quito, junio de 2022

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Y. Águila', is centered on the page.

Yaima Águila Ribalta

C.I.: 175666100-3

Dedicatoria

Cuando pude reconocer las capacidades que tengo, y lo que amo hacer, entendí que estaré en formación el resto de mi vida. Culminar esta fase es muy satisfactorio para mí, porque me permite cerrar pendientes y abrir puertas. No podía hacerlo sin el apoyo incondicional de los seres que amo, y a quienes dedico este trabajo: mi madre, mi padre, mi esposo y mis hijos.

Papá, agradezco su sabiduría y su tierna y respetuosa presencia en mi vida.

Mamá, su generosidad, amor y fe en lo que puedo ser me sostiene y me impulsa, siempre.

Amor mío, gracias infinitas por ser el que eres, junto a mí.

Agradecimientos

Agradezco al Instituto CRE-SER por ser mi *alma mater*, e inculcar en mí, durante mi formación como Tecnóloga en Desarrollo Humano, los valores y la filosofía que hoy dan sentido a mi trabajo, y en los que me reafirmo tras haber cursado la carrera de Psicología.

Mi reconocimiento y gratitud a los maestros generosos e inspiradores que encontré en esta nueva fase de formación, y a la Universidad Salesiana, por enrumbarme hacia una vocación social-comunitaria, sistémica e interaccional.

Un particular y sentido gracias a Yaima Águila Ribalta por la espléndida disposición y claridad que supo brindarme.

Índice de contenido

1.	Introducción	1
2.	Planteamiento del problema	3
3.	Justificación y relevancia	7
4.	Objetivos	8
	4.1 <i>Objetivo general</i>	8
	4.2 <i>Objetivos específicos</i>	8
5.	Marco conceptual	9
	5.1 <i>La interacción entre el profesional de salud mental y el paciente (IPS-P)</i>	9
	5.1.1 <i>Comunicación</i>	9
	5.1.2 <i>Estatus y roles</i>	10
	5.1.3 <i>Estigma</i>	11
	5.2 <i>Regulación de la excitación</i>	13
	5.2.1 <i>Emoción</i>	14
	5.2.2 <i>Excitación regulada y desregulada</i>	15
	5.2.3 <i>Autoregulación: la mirada en el individuo</i>	17
	5.3 <i>Respuestas neurofisiológicas a la interacción</i>	18
	5.3.1 <i>Sistemas de defensa y sistema de conexión social</i>	18
	5.3.2 <i>Neurocepción</i>	20
	5.3.3 <i>Pautas somáticas</i>	21
	5.3.4 <i>Corregulación</i>	23
6.	Categorías y dimensiones	25
7.	Supuestos	27
8.	Marco metodológico	28
	8.1 <i>Perspectiva metodológica</i>	28
	8.2 <i>Diseño de investigación</i>	28
	8.3 <i>Tipo de investigación</i>	28
	8.4 <i>Instrumentos y técnicas de producción de datos</i>	28
	8.5 <i>Plan de análisis</i>	29
9.	Población y muestra	31
	9.1 <i>Población</i>	31
	9.2 <i>Tipo de muestra</i>	31
	9.3 <i>Criterios de la muestra</i>	31
10.	Descripción de los datos producidos	32

11.	Presentación de los resultados descriptivos	36
12.	Análisis de los resultados	45
13.	Interpretación de los resultados.....	50
	Conclusiones	52
	Lista de referencias	54
	Anexos	61

Índice de tablas

Tabla 1	<i>Categorías y dimensiones de estudio</i>	24-25
Tabla 2	<i>Matriz de clasificación de textos</i>	28
Tabla 3	<i>Ficha bibliográfica</i>	28
Tabla 4	<i>Búsquedas para la categoría «Respuestas neurofisiológicas a la interacción»</i>	31
Tabla 5	<i>Búsquedas para la categoría «Estigma», posteriormente reformulada</i>	32
Tabla 6	<i>Búsquedas para la categoría «Interacción entre profesional de salud mental y paciente»</i>	32
Tabla 7	<i>Búsquedas para la categoría «Regulación de la excitación»</i>	33
Tabla 8	<i>Matriz de investigaciones afines a la categoría interacción profesional de salud-paciente, dimensión comunicación</i>	35-39
Tabla 9	<i>Matriz de investigaciones afines a la categoría interacción profesional de salud-paciente, dimensión estigma</i>	40
Tabla 10	<i>Matriz de investigaciones afines a la categoría regulación de la excitación, dimensión excitación regulada y desregulada</i>	41
Tabla 11	<i>Matriz de investigaciones afines a la categoría respuestas neurofisiológicas a la interacción, dimensiones pautas somáticas y correulación</i>	42-43

Índice de figuras

Figura 1	<i>Sistema de conexión social</i>	19
Figura 2	<i>Tres vías del SNA en una jerarquía predecible de respuesta</i>	20
Figura 3	<i>Fases y resultados del proceso de gestión documental</i>	34

Índice de anexos

Anexo 1	<i>Estado del arte</i>	60
Anexo 2	<i>Estado del arte</i>	61

Resumen

Objetivos: Se busca comprender la interacción entre profesional de salud mental y paciente desde las perspectivas social, psicológica y neurofisiológica. Las personas con trastornos mentales han experimentado trauma y apego inseguro, a consecuencia de lo cual su SNA tiende a una excitación desadaptativa. Se intenta conocer el potencial impacto corregulador de las vocalizaciones, miradas y expresiones faciales para considerar al uso intencionado y consciente de tales pautas somáticas como una responsabilidad ética de los proveedores de salud.

Método: Investigación cualitativa, de alcance descriptivo. Para la recopilación de información se seleccionaron 173 documentos científicos. Se los sometió a revisión y el análisis documental hasta seleccionar 69 fuentes. Se considera la interacción entre profesional de salud y paciente desde la teoría de la comunicación como un fenómeno afectado por el estatus social y los roles, en el que se evidencia la presencia del estigma. La excitación autonómica es un componente del proceso de la emoción; en situaciones patológicas oscila en picos de hiper o hipoactivación y se dificulta la autorregulación. La teoría polivagal plantea tres estados autonómicos: movilización (lucha-huida), inmovilización (colapso) y conexión social. Este último permite el establecimiento de vínculos y la homeostasis. Solo se accede a él cuando el individuo neurocepta seguridad en conductas no verbales que promueven la confianza, la colaboración y el juego.

Conclusión: Los profesionales de salud son responsables de mantenerse en un estado autonómico vagal ventral y atender a sus propias señales para apoyar la regulación a la baja de los estados vagales dorsales de lucha-huida.

Palabras clave: *interacción proveedor de salud mental-paciente • corregulación • comunicación no verbal • pautas somáticas • excitación regulada y desregulada*

Abstract

Objectives: The aim is to understand the interaction between mental health professionals and patients from social, psychological and neurophysiological perspectives. People with mental disorders have experienced trauma and insecure attachment, as a result of which their ANS tends toward maladaptive arousal. An attempt is made to discover the potential co-regulatory impact of vocalizations, looks, and facial expressions in order to consider the intentional and conscious use of such somatic patterns as an ethical responsibility of health providers.

Method: Qualitative research, with a descriptive scope. For the collection of information, 173 scientific documents were selected. They were submitted to review and documentary analysis until 69 sources were selected. The interaction between health professional and patient is considered from the theory of communication as a phenomenon affected by social status and roles, in which the presence of stigma is evident. Autonomic arousal is a component of the emotion process; in pathological situations it oscillates in peaks of hyper or hypoactivation and self-regulation is difficult. The polyvagal theory proposes three autonomic states: mobilization (fight-flight), immobilization (disconnection) and social connection. The latter allows the establishment of links and homeostasis. It is only accessed when the individual neurocepts security in non-verbal behaviors that promote trust, collaboration, and play.

Conclusion: Health professionals are responsible for maintaining a ventral vagal autonomic state and attending to their own cues to support the downregulation of fight-flight dorsal vagal states.

Keywords: *mental health provider-patient interaction • coregulation • nonverbal communication • somatic cues • regulated and dysregulated arousal*

1. Introducción

En el pabellón de pacientes de internación de mediano plazo se encuentra a disposición de los internos una cocina en la que realizan toda clase de eventos. Una paciente con cualidades de líder y gran talento gastronómico ha planeado preparar una comida para despedir a una compañera. Han organizado una colecta para los ingredientes y en las horas libres de la tarde se reunirán a elaborar empanadas de verde. Llegan con las compras hasta la la cocina, en plena algarabía y se encuentran con la terapeuta ocupacional, quien asegura la puerta, mira fijamente a la organizadora en cuestión, y apretando los labios dice, con voz fuerte y firme: «No está autorizada esta actividad, retírese, Monserrath. Diríjense este mismo momento a los talleres asignados». Las internas se quedan pasmadas, inmóviles, y tras un lapso, se encaminan hacia el área de manualidades. Monserrath toma hacia su habitación y se encierra. Las siguientes 24 horas, por lo menos, se descompensará, sufrirá de un desorden estomacal, diarrea, e insomnio. Llorará a gritos y silenciosamente, por lapsos, y no se levantará de la cama. No asistirá a la asamblea matinal ni a sus sesiones de terapia. Dos días después, cuando la paciente se reintegra a la asamblea comunitaria, la profesional en cuestión expondrá, mirando al techo, con voz plana y monocorde, que hay un problema con la provisión del gas para la cocina y que el espacio está inutilizable, para luego fruncir su ceño y reprender a la paciente por sus «reacciones infantiles, que no corresponden a una adulta racional», y aconsejarle «mayor colaboración». El episodio es registrado como una rabieta, síntoma que forma parte del repertorio conductual atribuido al diagnóstico de Monserrath.

Habiendo presenciado de primera mano esta escena y muchas otras similares en un entorno psiquiátrico, no podía sino reflexionar sobre la complejidad de factores concurrentes en la interacción entre profesionales de salud mental y pacientes. Me resultaba evidente que el discurso verbal no era congruente con lo que comunicaba el cuerpo. Ante la duda, los cerebros se decantan por la fuente de información más confiable: la comunicación no verbal. Las «buenas» intenciones simbolizadas en las palabras se opacan frente a lo que dicen los gestos, o el volumen de voz, o la mirada. Y estos, en cambio, son magnificados al extremo, hiperexcitando al organismo e impidiendo respuestas adaptativas. Desregulación, inflexibilidad, reactividad desadaptativa. Sufrimiento. Y desgaste. Habiendo tenido contacto previo con métodos

terapéuticos ascendentes, es decir, que abordan los estados emocionales y psicológicos desde el cuerpo, tuve la oportunidad de intervenir en algunos sucesos similares para deshacer los efectos de estos desencuentros, apelando al poder de la respiración, los gestos, la mirada y las entonaciones para recuperar un estado de calma donde sea posible la autoobservación, y pueda acceder a los recursos del yo. Y luego venía el esfuerzo de empatizar con la perspectiva del profesional, comprender los desafíos, las satisfacciones y los costos de su elección de vida.

Esta experiencia me motivó a buscar el sustento teórico que explique estos fenómenos y a complejizar la mirada, tratando de entender estas interacciones desde varias perspectivas. Es un trabajo arduo y sin duda incompleto, espero que despierte el interés por una comprensión holística de la salud mental.

2. Planteamiento del problema

Cuarenta y cuatro años atrás, la gestión de la salud pública tomó un nuevo rumbo en Alma-Ata, la conferencia que colocó en la agenda mundial el concepto de atención primaria en salud y propuso «Salud para todos» como objetivo del milenio, definiendo ésta no solo como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad», sino como un derecho humano fundamental, el más importante objetivo social que requiere del concurso de muy diversos actores sociales y económicos (OPS/OMS, 1978). Cambios importantes han tenido lugar desde entonces, sin embargo, la idea esencial omnipresente en el discurso respecto de que la salud no es responsabilidad únicamente de los Estados, sino de todos: individuos, grupos sociales y sociedad civil, no logra ser asimilada en la práctica. Los condicionamientos mentales y conductuales continúan confundiendo los conceptos de salud y cuidado integral con la visión biomédica que erradica la enfermedad (Tejada de Rivero, 2003).

En el campo de la salud mental, el gobierno ecuatoriano ha tomado acciones para sumarse al consenso liderado por la OMS, la OPS y la Declaración de Caracas para reformar la atención psiquiátrica y dejar atrás el modelo asistencial hospitalocéntrico a favor de un modelo de salud mental comunitaria. El hito más relevante en este proceso fue la implementación, en 2014, del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar, colectivo e intercultural (Ministerio de Salud Pública, 2014) que pone el protagonismo en la promoción y prevención a través del fortalecimiento de la atención primaria en salud; lo que se complementa con la organización de la red de servicios de segundo y tercer nivel, como estrategias para salvaguardar los derechos humanos y la inclusión social de las personas que presentan trastornos mentales (OPS/OMS, 2015). Sin embargo, queda un largo trecho entre las declaraciones y la implementación de un cuidado centrado en la salud, el desarrollo humano y la calidad de vida. En el escenario ecuatoriano, la promoción y la prevención en salud no tienen protagonismo y la atención curativa sigue ocupando el lugar de prioridad (Analuisa, 2016; Camas Baena, 2018).

A las insuficiencias de orden legislativo —ausencia de una ley— y presupuestario —apenas el 1,46% del presupuesto en salud se destina a la salud mental (OPS/OMS, 2015). del cual el 50% se destina al tercer nivel de atención— se suman factores culturales y de recursos humanos (Gafas, Roque, y Bonilla, 2019). Ni la comunidad

parece preparada para asumir funciones de cuidado, ni los profesionales de la salud tienen la formación y las destrezas para responder dentro de un paradigma no biomédico (Camas Baena, 2018). Desviat (2010) plantea que asistimos a una «fractura [...], tanto a nivel teórico como asistencial y clínico» que exige «sensibilidad política, implicación de la comunidad y un compromiso técnico-ético y político para reconstruir saberes y técnicas, y la producción de nuevos sujetos de derecho y nuevos derechos para los sujetos» (pág. 254).

El Informe de la OMS sobre el Sistema de Salud Mental en el Ecuador indica que la contratación de personal para atender la salud mental se ha multiplicado, así como el número de centros de salud comunitaria que cuentan con psicólogo ha crecido, sin embargo, médicos y enfermeras que laboran en el primer nivel no están capacitados en salud mental; además, se evidencia sobrecarga de trabajo y estigmatización en los profesionales hacia la persona que sufre trastornos mentales (OPS/OMS, 2015).

El estigma, conceptualizado por Goffman en 1963 como «un atributo profundamente desacreditante» (Goffman, 2006), es un proceso complejo que interconecta componentes cognitivos, emocionales y comportamentales que operan por fuera de la voluntad consciente (Link & Phelan, 2001). De acuerdo a la psicología social, los dos primeros son experiencias subjetivas, que al ser externalizadas públicamente traen consecuencias objetivas (Corrigan, Druss, y Perlick, 2014). Los **estereotipos** son creencias erróneas sobre un grupo que condicionan y devalúan la percepción del mismo (Angermeyer y Dietrich, 2006, citados por Corrigan et al., 2014); los **prejuicios** son predisposiciones a evaluar y responder emocionalmente de forma negativa, potencialmente incapacitante o angustiante (Jara, 2019); y finalmente, la **discriminación** es el resultado conductual.

La enfermedad mental impacta en la motivación, la percepción, el afecto, la cognición, la conducta y el funcionamiento interpersonal (Corrigan et al., 2014, p. 39) mermando la calidad de vida de quien la sufre. A más de ser la condición históricamente más estigmatizada en general (Link y Stuart, 2017), diversos estudios han demostrado que la gente con patologías mentales con frecuencia reportan ser discriminados por parte del personal de salud mental (Corrigan et al., 2014) y sentirse «devaluados, descartados y deshumanizados» (Knaak et al., 2017). Existe una prevalencia del modelo biomédico en salud mental, donde el estigma entre los propios proveedores crea barreras al tratamiento y la recuperación así como al acceso a la ayuda (Corrigan et al., 2014) y reduce la calidad del cuidado de las personas con enfermedades mentales

(Knaak et al., 2017; Rimé, 2011), y por consiguiente su satisfacción y adherencia al proceso (Corrigan, 2004a). Los profesionales tienen una visión pesimista sobre la posibilidad de recuperación (Valery y Prouteau, 2020) y presentan actitudes paternalistas y/o excesivamente compasivas hacia el usuario (Li, Li, Thornicroft, y Huang, 2014), al que encasillan en el papel pasivo de paciente (Link y Phelan, 2001; Mathisen, Lorem, Obstfelder, y Måseide, 2016).

Un cambio en la cultura organizacional de las instituciones de salud mental, dirigido a combatir el estigma, debe comenzar por preocuparse por la salud y bienestar del proveedor de salud (Jara, 2019) e incluir componentes clave que se han demostrado efectivos: enseñar destrezas interpersonales, elevar la empatía, hacer conexión personal, cambiar la comprensión sobre la recuperación, trabajar con creencias falsas y comprender el rol que los distintos proveedores de salud juegan en el restablecimiento de la salud (Knaak et al., 2017).

En suma, es clave examinar el tema de la interacción entre proveedores de salud y pacientes (IPS-P) y su impacto. Esta es una relación de poder, caracterizada por la dependencia por parte de quien sufre (Lupton, 1997, citado en Gaminde, 2002). En la época de mayor vigencia del modelo biomédico, Parsons (1951), describió la IPS-P como paternalista y asimétrica: el profano deposita su confianza y otorga autoridad al experto—; dos décadas después Freidson (1971) la describió como un «desencuentro estructural» donde necesariamente prima el conflicto y se dificulta la adherencia al tratamiento (Heritage y Maynard, 2006). La influente crítica del abordaje biopsicosocial liderada por Engel en los años setenta, y el viraje hacia la atención centrada en el paciente movilizaron a una variedad de científicos a investigar en los aspectos sociales, subjetivos e interpersonales que, junto con lo biológico, afectan los desenlaces en el tratamiento, y a proponer una IPS-S que siendo necesariamente asimétrica, se caracterice por la negociación y el encuentro entre el saber técnico y las preferencias de la persona (Heritage y Maynard, 2006).

En consonancia con la perspectiva biopsicosocial, buscamos reflexionar sobre la IPS-P, particularmente en lo referido al impacto de las conductas no verbales de los profesionales de salud mental sobre los pacientes, **en lo social** a la luz de la Teoría de la Comunicación Humana (Watzlawick, 2015; Watzlawick, Helmick Beavin, y Jackson, 1985), conceptos de la psicología social de estatus y rol (Rizo García, 2006; Vivas i Elias, Arredondo, y Torras, 2009) y el concepto de estigma (Link y Phelan, 2001), **en lo psicológico** desde los modelos más recientes sobre emoción (Gross, 2014; Linehan,

2015), excitación autónoma (Lang y Bradley, 2010) y regulación emocional, y finalmente, **en lo biológico**, desde una perspectiva nueva que brinda fundamentos neurofisiológicos sobre la implicación social y sus impactos, capaz de conciliar posiciones de psicólogos, psiquiatras, médicos y enfermeras, terapeutas ocupacionales, educadores y trabajadores sociales: la teoría polivagal (Porges, 2016; 2004; 2018), la cual estudia la relación existente entre el sistema nervioso autónomo y la conducta social, y demuestra el rol del nervio vago mielinizado como un conciso sistema de regulación que facilita que el entorno potencie o atenúe los estados fisiológicos producidos por el estrés.

Los equipos multidisciplinarios de salud mental de primer, segundo y tercer nivel requieren formación para crear verdaderos espacios de salud, libres de estigma. Si se plantea que el tono de voz, el ritmo del habla y la expresión facial que integramos a nuestra forma de comunicarnos mediante aprendizaje procedimental y empleamos de manera regular, pueden afectar el equilibrio fisiológico y afectivo de los otros (Porges y Dana, 2019; van der Kolk, 2014; Walsh, 2020), especialmente en personas que han sufrido trauma y apego inseguro (Bowlby, 1996; Ogden y Fisher, 2016), surge la necesidad de revisar los hallazgos de investigación respecto a: ¿Cuál es la responsabilidad del profesional de salud mental como corregulador de la excitación en la interacción con pacientes mediante sus pautas somáticas?

3. Justificación y relevancia

La presente investigación se halla motivada por el afán de reducir el perjuicio del estigma hacia la enfermedad mental a través de conocer el impacto desregulador de las pautas somáticas de los profesionales de salud sobre sus pacientes, quienes con frecuencia presentan dificultades para mantener una excitación regulada. Dada la prevalencia del estigma en el profesional de salud hacia el trastorno mental, observar este fenómeno científicamente fundamentado puede permitir un cambio en la comprensión de las consecuencias de la propia conducta no verbal y motivar, a nivel organizacional, la promoción de oportunidades de desarrollo de destrezas de corregulación en el personal asistencial.

Esta investigación resulta novedosa, puesto que aunque en el primer mundo la teoría polivagal de Porges se encuentra en la vanguardia de la medicina psicosomática y las terapias cuerpo-mente, en el contexto universitario ecuatoriano es desconocida. Habiendo revisado los repositorios de la Universidad Politécnica Salesiana, Universidad Católica de Quito, Universidad Central del Ecuador, Universidad de las Américas, Universidad San Francisco de Quito, Universidad Simón Bolívar y Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, no hay ningún trabajo de investigación sobre esta propuesta integradora.

Esta investigación se va a desarrollar con el fin de aportar teóricamente a la deontología del equipo multidisciplinario de salud mental, como punto de partida para optimizar la praxis del personal asistencial y materializar los ideales del modelo de salud mental comunitaria.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Reflexionar sobre la responsabilidad de los profesionales de salud mental como correguladores de la excitación en la interacción con sus pacientes.

4.2 Objetivos específicos

- Comprender la interacción entre profesional de salud mental y paciente desde las perspectivas social, psicológica y neurofisiológica.
- Conocer el impacto de las pautas somáticas (vocalizaciones y expresiones faciales) sobre la activación autonómica o reactividad emocional en personas que han experimentado trauma y apego inadecuado.
- Indagar acerca de la responsabilidad ética de los profesionales de salud mental de manejar conscientemente sus pautas somáticas (vocalizaciones y expresiones faciales) a fin de ejercer un rol de corregulación en la interacción con sus pacientes.

5. Marco conceptual

5.1 La interacción entre el profesional de salud mental y el paciente (IPS-P)

La noción popular sobre la interacción es la de una acción o influencia recíproca entre dos entidades (RAE, 2021). La literatura complejiza este concepto hasta entenderlo como **diálogo** —«proceso cíclico de actos de comunicación y sus interpretaciones», **uso de herramientas, comportamiento adaptativo, encarnación** —«actuar y estar en situaciones de un mundo material y social», y **experiencia** —«el flujo continuo de expectativas, sentimientos, recuerdos» (Hornbæk & Oulasvirta, 2017, p. 5042). Para reflexionar respecto a la interacción entre personas, nos centraremos en la noción de interacción como comunicación.

5.1.1 Comunicación

El estudio de la interacción ocupó el centro de interés de Bateson y los teóricos de Palo Alto, quienes veían a los individuos como miembros relacionales interdependientes, conectados de tal forma que el comportamiento de cada uno influye y es influenciado por el otro (Rogers, Escudero, y Bavelas, 2003, p. 5). Watzlawick (1985) afirmó que no solo el habla, sino «toda comunicación es conducta», y que toda comunicación afecta a la conducta. Sobre la base de que toda conducta comunica, incluso la unidad de comunicación más simple se comprende como «un conjunto fluido y multifacético de muchos modos de conducta —verbal, tonal, [gestual], postural, contextual, etcétera— los cuales limitan el significado de los otros» (Watzlawick, 2015, p. 15). En una situación de encuentro social, ya sea cara a cara o mediada tecnológicamente, cada acción ejercida, intencional o no, o su correspondiente ausencia, constituye un mensaje e influye sobre el otro individuo, quien no puede evitar responder a tal comunicación y, en consecuencia, también comunica.

La cibernética demostró que los ciclos de comunicación no son vectores lineales deterministas —actos lineales de transmisión de información—, sino sistemas circulares —bucles— en los cuales «parte de la salida de un sistema vuelve a introducirse en el sistema como información acerca de dicha salida» (Watzlawick et al., 1985, p. 32). Esta comprensión evidenció que los sistemas interpersonales —parejas, familias, grupos, relaciones terapéuticas— son circuitos de retroalimentación mutua, cuyos miembros,

mediante el lenguaje verbal y no verbal «actúan en un proceso de constante afectación recíproca que permite la socialización, adaptación y comprensión de acciones propias y ajenas (Rizo, 2004, citado en Noreña-Peña, Cibanal Juan, y Alcaraz Moreno, 2010).

Toda comunicación implica dos niveles o aspectos complementarios: de contenido y relacional. Transmite datos, información y simultáneamente, instrucciones sobre cómo entender el mensaje que contextualizan y dirigen la relación (Bateson, 1951, p. 179, citado en Rogers et al., 2003), expresan la visión del emisor sobre sí mismo, sobre el receptor y/o sobre el tipo de relación que existe entre ambos. Los comandos relacionales se transmiten de forma predominantemente analógica (Watzlawick et al., 1985), mediante la vocalización, movimientos intencionales y signos de estado de ánimo (Bateson, 1987), rara vez a propósito o conscientemente (Watzlawick, 2015).

5.1.2 Estatus y roles

Desde una perspectiva interaccional, hablar de relaciones implica un lenguaje de «conexión, temporalidad, patrón e inserción» (Rogers et al., 2003). Simmel (1950, citado en Rogers et al., 2003) reitera que la sociedad sólo es posible mediante las interacciones, los individuos que la conforman se organizan en una estructura con posiciones y funciones interdependientes (Bertalanffy, 1993, citado en Pileño, Morillo, Morillo, y Losa-Iglesias, 2018). Dependiendo de la posición que toma una persona en el entramado de relaciones sociales, se le asignarán o adquirirá funciones, las cuales serán valoradas por las demás personas (Thibaut y Kelley, 1959, citado en Perez Cruz, 2015). Este aspecto evaluativo de la posición social se denomina **estatus** y aunque depende de la construcción de los otros, es parte de la identidad de la persona y determina «sus relaciones, oportunidades de participación e influencia con el resto de personas» (Caudill, 1958; Bales et al., 1951; Strodbeck, 1951; citados en Perez Cruz, 2015). Los estatus son jerárquicos y difieren en importancia. Unos son asignados involuntariamente al nacer o en el curso de la vida, otros se logran con un esfuerzo consciente de la persona, como por ejemplo, su profesión. El conjunto de comportamientos, actitudes, valores, deberes y privilegios que son actuados por la persona se denomina **rol social** (Linton, 1945, citado por Aritzeta y Ayestarán, 2003).

Cada persona mantiene una variedad de estatus y en consecuencia, desempeña múltiples roles, algunos de los cuales suponen demandas incompatibles, lo cual se

conoce como **conflicto de roles**. Cuando los roles relativos el mismo estatus generan contradicción, se produce **estrés de rol** (Perez Cruz, 2015).

El teorema de Thomas (1928): «Si las personas definen las situaciones como reales, éstas son reales en sus consecuencias» permite entender que los estatus y roles importan, porque la percepción crea realidad. La gente espera y demanda de los individuos que se comporten de acuerdo a su estatus y rol (Katz y Kahn, 1978, citado en Aritzeta y Ayestarán, 2003). Tales **expectativas** surgen de suposiciones, experiencias y de la socialización sobre las normas que nos rigen. Usamos este acervo para definir momento a momento qué es lo real: interactuamos con quienes nos rodean mientras simultáneamente prescribimos, anticipamos, predecimos y afectamos sus respuestas (Hontangas y Peiró, 1996, citado en Aritzeta y Ayestarán, 2003), creando la realidad social que moldea aquella interacción. «Nuestra realidad social no se trata solo de una persona, sino de todos aquellos con los que esa persona interactúa, y de sus expectativas, también» (Rizo García, 2006). Nos encontramos inmersos en una estructura social que conduce y limita nuestras conductas a través de las expectativas depositadas sobre cada persona involucrada dentro de cierto contexto social. Por lo tanto, nuestro comportamiento responde a las expectativas depositadas sobre nuestro estatus social asignado o adquirido, y eso determina nuestras interacciones (Perez Cruz, 2015; Vivas i Elias et al., 2009).

5.1.3 Estigma

El estigma, en sus orígenes griegos, implica la marca del indeseable. En la literatura, este fecundo y popular concepto varía mucho, si bien predomina su vínculo con el estereotipo y el rechazo (Stafford & Scott, 1986, citados por Link y Phelan, 2001). La conceptualización de Goffman en 1963 como: «atributo profundamente desacreditador» (Goffman, 2006, p. 12) que diferencia de los demás y reduce a quien lo porta «de persona completa y normal a una contaminada, menospreciada» fue de tal relevancia que hasta ahora es habitual referirse a ella. Goffman enfatizó, sin embargo, que es **en el marco de la relación** que tal característica conlleva descrédito social y rechazo injusto, al afirmar: «lo que en realidad se necesita es un lenguaje de relaciones, no de atributos». Sobre esta base, Link y Phelan (2001) expanden el concepto para presentarlo como «un proceso en el que convergen cuatro componentes —etiquetado, estereotipos, separación, pérdida de estatus y discriminación— que coexisten en una

situación de poder que permite [... su] desarrollo» (2001, p. 367). El primer componente refiere al hecho de que las personas distinguen y etiquetan ciertas diferencias humanas que importan socialmente. El segundo componente ocurre cuando se asocia las diferencias etiquetadas con el conjunto de características indeseables, adscritas a un grupo y por ende a cualquier miembro de un grupo (Coutant, Worchel, Bar-Tal, y van Raalten, 2011), que conforman un estereotipo. La separación, tercer componente, se da cuando quienes fueron etiquetados se ubican en distintas categorías creando una distancia entre «nosotros» y «ellos». Llevada al extremo, se considera a la persona estigmatizada tan diferente de «nosotros» que no es realmente humana. En el cuarto componente, la consecuencia inmediata del etiquetado negativo y los estereotipos es el descenso en la jerarquía de estatus social. Se ha demostrado cómo la pérdida de estatus conduce a la inequidad y a sufrir descalificación, rechazo, exclusión y discriminación (Druss et al, 2001, citado por Link y Phelan, 2001). La estigmatización está completamente subordinada al hecho de detentar poder social, económico y político. Se necesita poder para que el etiquetado, la creación de estereotipos y la separación tengan consecuencias reales serias (Link y Phelan, 2001; Link y Stuart, 2017).

Desde la Psicología Social, se han distinguido aspectos cognitivos (estereotipos), afectivos (prejuicios) y conductuales (discriminación) del estigma (Corrigan et al., 2014). Éstos operan simultáneamente en varios niveles: intrapersonal, interpersonal y estructural (políticas, leyes y sistemas discriminatorios y / o excluyentes) (Jara, 2019; Knaak et al., 2017, p. 111).

En el nivel intrapersonal, el autoestigma aparece al interiorizar y aceptar las imágenes negativas presentes en el entorno (Farina y col, 1968, citados por Link y Stuart, 2017). La expectativa de rechazo produce baja autoestima (Wright et al., 2000, citados en Link y Phelan, 2001), síntomas depresivos y sobre todo acciones autoinflingidas, como la retirada social (Kranke, Floersch, Kranke & Munson, 2011).

La enfermedad mental es uno de los motivos de estigmatización más extendidos. A edad temprana las personas adquieren ideas al respecto a través de su socialización (Angermeyer y Matschinger, 1996), que las llevan a percibir y tratar a quienes sufren un trastorno mental como si fueran peligrosos y carentes de autocontrol (Angermeyer y Matschinger, 1996, citado en Jara, 2019), menos inteligentes y competentes, difíciles e indignos de confianza (Link y Stuart, 2017). En la experiencia moral de la gente, el enfermo amenaza lo que se siente como más valioso e importante en su vida cotidiana,

en consecuencia, marcar distancia es una respuesta pragmática. El estigma no solo existe en el discurso o la interpretación, es un proceso plenamente arraigado en el cuerpo, con manifestaciones en la postura corporal, el gesto y la sociabilidad de la víctima que se vuelven parte de la identidad (Yang et al., 2007) que llevan a reducir o anular las redes de apoyo del enfermo y su familia (Jackson, 2015 y Palumbo et al, 2015, citados por Jara, 2019).

En el campo de la salud mental, los estudios demuestran que el prejuicio y la discriminación hacia el trastorno mental se vuelven una barrera a la búsqueda de tratamiento y/o a la adherencia al mismo por parte del paciente (Corrigan et al., 2014; Li et al., 2014).

En cuanto al profesional de salud, considerar a los pacientes como peligrosos, imprevisibles, falsos y/o culpables genera relaciones terapéuticas deficientes, reduce la calidad del cuidado (Corrigan et al., 2014; Caldwell y Jorm, 2000, citados por Jara, 2019; Knaak et al., 2017; Rimé, 2011) y pone en riesgo la seguridad de los pacientes (Ontario Human Rights Commission, 2012, citado por Knaak et al., 2017). El equipo de salud ejerce conductas de devaluación, control social, evitación, rechazo y acciones insuficientes (Perry, Lawrence, y Henderson, 2020), coercitivas o paternalistas y/o excesivamente compasivas (Cárcamo et al., 2019; Knaak et al., 2017; Li et al., 2014). Se encasilla al usuario en el papel pasivo de paciente (Mathisen, Fagerheim, Obstfelder & Maseide, 2016). La visión pesimista sobre la posibilidad de recuperación vacía de sentido el quehacer del profesional (Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz, y Rüsck, 2012; Patten, 2016, citado en Knaak et al., 2017).

5.2 Regulación de la excitación

La excitación, activación autonómica o *arousal*, es el «grado de actividad del sistema nervioso autónomo (SNA)» (Ogden y Fisher, 2016, p. 650; J. Schore y Schore, 2008), el cual es «responsable de mantener inconscientemente la homeostasis corporal y coordinar las respuestas corporales» (Richter & Wright, 2013). El SNA controla la función del sistema cardiovascular y respiratorio, entre otros órganos vitales, efectores en la piel, y es responsable de generar afectos de vitalidad (A. Schore, 2009).

Se define también excitación como el estado de vigilia general o atención, resultante de la estimulación de la corteza cerebral (Britannica, 2022). El nivel de vigilancia, en tanto «complejo de impulsos tanto internos como externos al cuerpo»,

fluctúa en un continuo entre la somnolencia y la vigilia alta (Revelle y Loftus, 1992, citados por Corson y Verrier, 2007). El incremento en la vigilancia/activación nos prepara metabólicamente y nos organiza para la acción (Frijda, 1986, citado por Gross, 2014), como reflejo de la motivación de sobrevivir, contrarrestar la amenaza, responder a desafíos o lograr recompensas (Lang y Bradley, 2010; Linehan, 2015; Siegel, 2007). Las respuestas autonómicas y neuroendócrinas anticipan respuestas motoras que van desde cambios en el gesto facial y la postura corporal, hasta acciones instrumentales específicas que con frecuencia, pero no siempre, son útiles para lograr los objetivos que iniciaron la activación (Levenson, 1999, citado por Gross, 2014). Todo este flujo de energía e información es regulado por un proceso fundamental: la emoción (Siegel, 2001, 2007).

5.2.1 Emoción

El esfuerzo por comprender en qué consiste la emoción corre paralelo con el desarrollo de la psicología. Si bien hasta el día de hoy no existe una definición consensuada de este constructo, en la comunidad científica es cada vez más amplio el reconocimiento de que se trata de un proceso complejo que abarca múltiples componentes o aspectos (Izard, 2010).

Para efectos de esta investigación se manejarán los modelos de emoción propuestos por Linehan (2015) y Gross (2014).

La terapia dialéctico-conductual (DBT por sus siglas en inglés) considera que las emociones «son respuestas de la totalidad del sistema a estímulos internos y externos; estas respuestas son breves, involuntarias y siguen un patrón establecido» (Ekman y Davidson, 1994, citados por Linehan, 2015). DBT enfatiza en el valor adaptativo de las emociones, a las que considera un gran sistema interaccional compuesto por los siguientes subsistemas interactuantes:

(1) vulnerabilidad emocional a ciertas señales; (2) eventos internos y / o externos que, cuando son atendidos, sirven como señales emocionales (p. ej.: eventos instigadores); (3) valoración e interpretación de las señales; (4) tendencias de respuesta, incluidas respuestas neuroquímicas y fisiológicas, respuestas experienciales e impulsos de acción, (5) respuestas y acciones no verbales y expresivas; y (6) efectos secundarios del «disparo» emocional inicial, incluidas las emociones secundarias. Es útil considerar la acción modelada asociada con las respuestas emocionales como parte integral de las respuestas emocionales más que como consecuencia de las emociones. (Linehan, 2015, p. 6)

En suma, la creadora de la DBT afirma que:

«los comportamientos emocionales evolucionaron como formas inmediatas, automatizadas y eficientes de resolver problemas comunes que los humanos y otros animales emocionales deben solucionar para sobrevivir. Hay tres funciones principales de las emociones: a. Motivar y organizarnos para la acción; b. Comunicarse con los demás e influenciarlos y; c. Comunicarnos con nosotros mismos. (Linehan, 2015, p. 327)

El modelo modal de la emoción, relevante por lograr la convergencia de posturas de múltiples investigadores y teóricos (Barrett, Ochsner & Gross, 2007, citados por Gross, 2014), plantea que las emociones «involucran transacciones persona-situación que atraen la atención, tienen significado para un individuo a la luz de los objetivos actualmente activos y dan lugar a respuestas multisistémicas coordinadas pero flexibles que modifican la transacción persona-situación en curso de manera crucial» (Gross, 2014, p. 5). Este proceso inicia con la percepción de un evento interno o externo con relevancia psicológica. La persona se orienta hacia este evento, le presta atención y evalúa la situación en función de sus objetivos. Esta valoración produce una excitación, que impulsa cambios neurofisiológicos, experienciales-subjetivos (cogniciones y afectos) y conductuales (Gross, 2014; Lang, 1995, citado por Kanagy, 2008; Siegel, 2001) con perfiles característicos dirigidos a transformar la situación que provocó esta respuesta en primer lugar. La cualidad adaptativa de las emociones se pierde cuando no hay correspondencia entre la magnitud de la respuesta con el momento o situación que la incitó (Lazarus, 1991; Parrot 2001, citados por Zantinge, van Rijn, Stockmann, y Swaab, 2017).

La emoción «es la energía que impulsa, organiza, amplifica y atenúa la actividad cognitiva y, a su vez, es la experiencia y expresión de esta actividad» (Dodge, 1991, citado por Siegel, 2001)

5.2.2 Excitación regulada y desregulada

La excitación no se mantiene estable, más bien se caracteriza por su fluctuación natural. Mengua y se incrementa en función del contexto y de las actividades que realizamos. En entornos seguros, la excitación disminuye dando sostén a las actividades relajadas y la calma y, por el contrario, las labores enérgicas, vivificantes o que nos plantean desafíos demandan una excitación elevada. Estas fluctuaciones acontecen dentro de un margen o ventana de tolerancia, de amplitud distinta en cada persona, (Siegel, 2007) donde el nivel de activación permite el procesamiento flexible y

adaptativo de los estímulos internos y externos. En esta zona de excitación óptima, podemos experimentar pensamientos, emociones y reacciones físicas sin sentirnos sobrepasados o paralizados (Ogden y Fisher, 2016).

Las situaciones de peligro elevan la actividad autónoma hasta niveles que facultan la defensa mediante la huida, la pelea o el pedido de ayuda. Cuando el incremento atraviesa el límite superior del margen de tolerancia, la excesiva activación simpática trae un consumo de energía muy elevado, se incrementa el ritmo cardíaco y respiratorio (Siegel, 2007), el flujo sanguíneo aumenta en los músculos y disminuye en el córtex. La vigilancia hacia el entorno es mayor, y los sistemas no indispensables para la autoprotección son suprimidos. La hiperexcitación lo moviliza todo con el fin de asegurar nuestra supervivencia (Ogden y Fisher, 2016).

Si no es posible escapar ni recibir ayuda, y defendernos es inútil por una excesiva diferencia de fuerza, la mejor respuesta es el apagamiento o la «muerte fingida». La excitación cae en picada, por debajo del límite inferior del margen de tolerancia. La excesiva activación parasimpática o hipoexcitación conserva la energía, disminuye el ritmo cardíaco y respiratorio, entumeciéndonos hasta el grado de no poder pensar claramente. Además, pueden darse desmayos, vómitos o descarga intestinal (Ogden y Fisher, 2016; Porges, 2021; Siegel, 2007).

Dentro del margen de tolerancia, el aumento o disminución de la excitación son comportamientos adaptativos cuando responden a estímulos que amenazan la supervivencia (Ogden y Fisher, 2016, p. 216) o bien anuncian la consumación del apetito (Lang y Bradley, 2010) y sobre todo, cuando el individuo es capaz de retornar a un estado regulado una vez afrontado el peligro (Siegel, 2007). Por otro lado, la hiper e hipoexcitación resultan extremos inflexibles, caóticos y por tanto, desadaptativos externa e internamente, ya que las funciones cognitivas superiores como la función integradora de la emoción quedan funcionalmente bloqueadas (Siegel, 2007, p. 360).

La activación de estos sistemas de defensa (o mejor expresado, la incapacidad de inhibirlos¹) en un entorno seguro resulta un contrasentido, como lo es la imposibilidad de activarlos frente a un riesgo concreto. Ambas dificultades expresan una reactividad fisiológica subóptima y son indicadores de psicopatología (Porges, 2004). Se ha demostrado que la dificultad para regular la excitación (Perez, 2009), y por

¹ Muchos estudios neurobiológicos sugieren, con base en evidencia, que la respuesta al estrés es predeterminada en el organismo, está siempre presente para su inminente activación, por tanto, no se desencadena sino que se desinhibe (Brosschot et al., 2017).

consiguiente, las respuestas crónicas inadecuadas al peligro están vinculadas con experiencias previas con la adversidad, el trauma y el apego inadecuado (Beattie, Griffiths, Innes, y Morphet, 2019; Kolacz, Kovacic y Porges, 2019; van der Kolk, 2015; Dale et al., 2018; citados en Kolacz et al., 2020; Ogden y Fisher, 2016). El maltrato infantil incrementa el riesgo de una actividad parasimpática atenuada (Holochwost et al., 2020).

La desregulación autónoma es un componente de enlace que se encuentra en una variedad de condiciones clínicas que incluyen ansiedad (Thayer, Friedman, Borkovec, 1996), trastornos del control de impulsos (Beauchaine, 2001), trastorno límite de personalidad (Austin, Riniolo y Porges, 2007) y trastorno de estrés postraumático (Williamson et al., 2015). (Kolacz et al., 2020, p. 8)

En palabras de Peter Levine (2008, citado por Brammell, 2020): «El trauma es la causa más evitada, ignorada, negada, incomprendida y no tratada del sufrimiento humano». «La experiencia interna de una persona de miedo extremo, impotencia, impotencia o desesperanza puede tener un impacto duradero en el desarrollo social, emocional, cognitivo y físico» (Herman, 1997; Levine, 1997; Porges, 2011, Sporleder & Forbes, 2019; van der Kolk, 2014, citados por Brammell, 2020). Las experiencias adversas de la niñez perjudican el desarrollo cerebral. La cascada de cambios biológicos y respuestas al estrés resultantes reestructuran completamente el manejo que hace la mente de las percepciones e interfiere en la capacidad del individuo de evaluar la amenaza o la seguridad conduciendo a hiperexcitación, ira no resuelta, trastornos mentales, PTSD, y uso de sustancias (Beattie et al., 2019). Esto compromete la salud física y mental, la regulación emocional, las relaciones interpersonales y el comportamiento social (van der Kolk, 2014, p. 21)

5.2.3 Autoregulación: la mirada en el individuo

De acuerdo a Linehan (2015), la autoregulación es la capacidad del individuo de:

(1) inhibir el comportamiento impulsivo e inapropiado relacionado con fuertes emociones negativas o positivas; (2) organizarse para una acción coordinada al servicio de un objetivo externo (es decir, actuar cuando sea necesario de una manera que no dependa del estado de ánimo); (3) calmar uno mismo cualquier excitación fisiológica que la fuerte emoción haya inducido; y (4) reenfocar la atención en presencia de una emoción fuerte. La regulación de las emociones puede ser tanto automática como controlada conscientemente. (p.6)

Por su parte, Gross (2014, p. 7) afirma que autoregulación emocional o regulación intrínseca consiste en determinar qué emociones se tienen, y modular cuándo se tienen y cómo se experimentan subjetivamente o cómo se expresan. Este proceso varía considerablemente en el grado en que resulta explícito (por ende consciente y voluntario), o implícito (es decir que tiene lugar fuera de la consciencia, de forma automática) (Gross, 2014; Kanagy, 2008; Linehan, 2015).

Regulación no debe confundirse con control emocional (Kanagy, 2008).

La investigación sobre la regulación y abordaje de las emociones se ha concentrado especialmente en estrategias intrapersonales (Soma et al., 2020).

5.3 Respuestas neurofisiológicas a la interacción

El sistema nervioso evolucionó para sobrevivir a las condiciones de su entorno. Los seres humanos no solo precisamos seguridad, sino sentirnos seguros en la conexión con los demás (Bailey, Dana, Bailey, y Davis, 2020). Para ello era —y sigue siendo— crucial distinguir al amigo del enemigo, evaluar la seguridad del contexto e interactuar con su red social. Los mamíferos, y en particular los primates, se desarrollaron cerebral y fisiológicamente para regular tanto las conductas defensivas como las sociales (Porges, 2016, p. 18). La teoría polivagal describe cómo la estructura y organización funcional de los sistemas autónomos de respuesta al peligro, así como en la conducta humana, podemos reconocer la huellas de este proceso filogenético (Kolacz et al., 2020).

5.3.1 Sistemas de defensa y sistema de conexión social

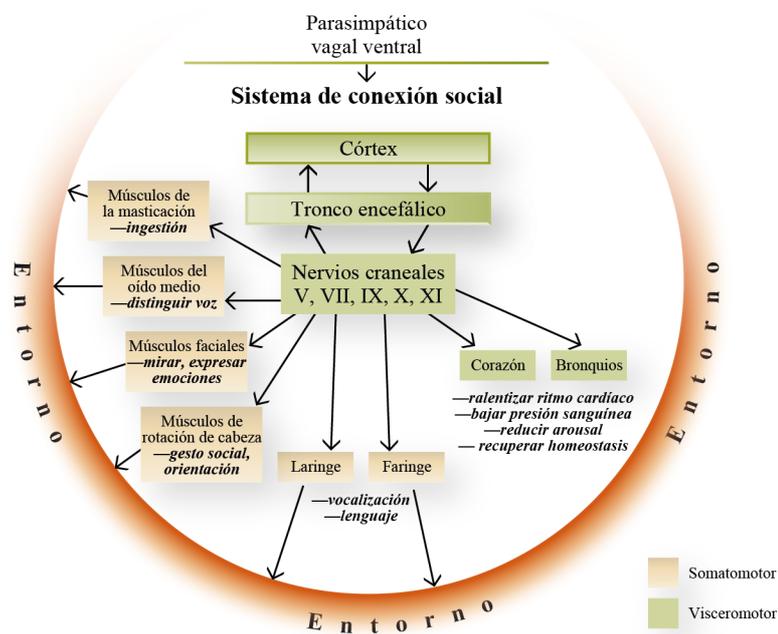
Tradicionalmente se ha estimado que el sistema nervioso autónomo (SNA), distinguido por operar independientemente de la voluntad, se divide en dos antagonistas: la rama simpática que opera las respuestas defensivas de movilización (lucha o huida) mediante el incremento de la actividad metabólica y el gasto cardiorrespiratorio, y la rama parasimpática que restablece el estado de calma (Langley, 1903).

La comprensión actualizada de la teoría polivagal sobre el SNA presenta tres estados autonómicos jerarquizados, operados por distintos circuitos neurales: el simpático más dos divisiones de la rama parasimpática: vagal ventral y vagal dorsal (Bailey et al., 2020, p. 530). Cada estado autonómico resulta una plataforma funcional

desde la que distintas conductas y reacciones adaptativas emergen espontáneamente (Porges, 2021).

La **vía vagal ventral** es, evolutivamente, la más reciente. Está compuesta de las neuronas mielinizadas visceromotoras que regulan los músculos lisos y cardíacos del corazón y los bronquios; este control neural está anatómicamente unido con las vías somatomotoras que gobiernan los músculos de la cara y la cabeza. La conexión corazón-cara da origen al sistema de conexión o implicación social que en principio coordina succión, deglución, respiración y vocalización (Porges y Dana, 2019), y cuando está plenamente desarrollado, en condiciones de seguridad, regula el estado corporal en beneficio de la reparación y el crecimiento, frena la actividad simpática de lucha-huida, reduce la frecuencia cardíaca, amortigua el eje hipotalámico-pituitario, y favorece una conducta calmada para permitir el juego, la comunicación y el vínculo social (Porges, 2001, 2007, 2016).

Figura 1. Sistema de conexión social

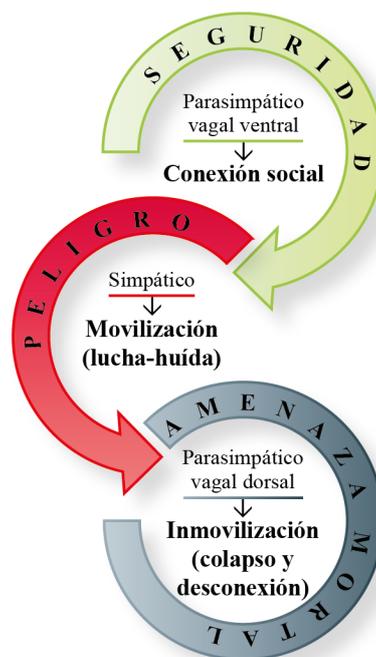


Tomado de: Porges, 2016, p. 62. Elaboración propia.

La vía vagal dorsal amielínica es la que toma el control en circunstancias en las que el comportamiento de lucha/huida no es viable para producir el congelamiento como última medida de protección (Porges, 2016, pp. 18-19).

En suma, la teoría polivagal describe tres sistemas, uno de implicación social más dos sistemas defensivos: movilización e inmovilización (Ogden & Fisher, 2016), los cuales operan en una jerarquía predecible de respuesta, de acuerdo al principio de disolución de Jackson (1882, p.412, citado en Porges, 2016), quien estableció que los circuitos neurales superiores, evolutivamente más recientes, inhiben a los inferiores más antiguos y estos últimos entran en actividad si los superiores dejan de operar repentinamente.

Figura 2. Tres vías del SNA en una jerarquía predecible de respuesta



Elaboración propia.

5.3.2 Neurocepción

El sistema nervioso evalúa permanentemente el riesgo, a través de procesar la información sensorial en busca de señales de seguridad, peligro o amenaza para la vida tanto en las situaciones y las personas con las que interactúa (Porges, 2004, 2016) como en experiencias viscerales propias (Porges, 2021). Porges (2004) acuñó el término

neurocepción para describir este rastreo incesante y automático, diferente de la percepción puesto que no precisa «del conocimiento cognitivo del estímulo por parte de los sistemas sensoriales» (Ogden y Fisher, 2016). Sin involucrar la consciencia ni el razonamiento, la experiencia autónoma de la neurocepción activa desde el cerebro las respuestas fisiológicas distintivas de cada estado autonómico, dirigiendo la vida diaria y creando significado. Desde un estado dorsal vagal o simpático, experimentamos la vida como gobernada por el peligro y la supervivencia. «Solo desde un estado vagal ventral de seguridad y conexión, nuestra historia puede ser una de esperanza y posibilidad» (Bailey et al., 2020, p. 530), en la que inhibir nuestras defensas resulta viable y apropiado, en referencia al contexto.

La calidad del apego durante el desarrollo favorece un sistema de conexión social próspero (Ogden y Fisher, 2016) y mayor capacidad para la autorregulación (J. Schore y Schore, 2008). Por otra parte, si los cuidadores básicos o figuras de apego no ofrecen seguridad ni protección al niño, o si este es expuesto al trauma, su sistema nervioso simpático se volverá dominante (van der Kolk, 2014), los niveles de excitación tenderán a dispararse hacia los extremos sin que pueda autoregularlos (A. Schore, 2009), y su sistema de conexión social estará debilitado, dificultándose la comunicación con el entorno mediante la mirada y la vocalización. No podrá neuroceptar de manera precisa seguridad en entornos no amenazantes (Porges, 2011, citado por Ogden y Fisher, 2016), y se cronificará la reactividad fisiológica desadaptativa y a la expresión de conductas defensivas asociadas con desórdenes psiquiátricos específicos» (Porges, 2004, p. 20).

5.3.3 Pautas somáticas

Darwin inaugura el interés científico sobre las señales no verbales (Hecht y Ambady, 1999). A mediados del s.XX, Bateson y los teóricos de Palo Alto ahondan en el estudio de la comunicación efectuada por medios distintos a la palabra, tales como postura, gesto, tono de voz, expresión facial, toque y espacio personal, hasta demostrar mediante estudios de muchos géneros que estas conductas no verbales transmiten información, modelan y afectan la reacción del interlocutor (Hecht y Ambady, 1999; Watzlawick et al., 1985). Tras un periodo en el que se eclipsó el interés en la comunicación no verbal debido al impacto de la revolución cognitiva, en la actualidad se la reconoce como una importante faceta de la dinámica humana y se la investiga como variable dependiente e independiente en muchos tópicos de la psicología y la

comunicación. La relevancia de la comunicación no verbal es interdisciplinaria, se conecta en la teoría y la práctica con la sociología, la antropología, la etología, la educación, las ciencias de la computación, las ciencias políticas, la medicina y más especialidades clínicas (Hall y Knapp, 2013).

Desde la perspectiva de la teoría polivagal, la interacción con el entorno es fomentada por el sistema de conexión social a través de la vía parasimpática ventral del nervio vago (Porges, 2001, 2004, 2007, 2016). Un componente de control desde el córtex (neuronas motrices superiores) regula núcleos en el tallo (neuronas motrices inferiores) y comanda un conjunto de conductas no verbales que nos permiten conectar con y responder a las demás personas, a saber: la apertura de párpados para mirar al mundo, músculos faciales para expresar emociones, músculos del oído medio para distinguir las voces familiares, músculos de la masticación para ingerir, músculos laríngeos y faríngeos para dar tono emocional a las palabras (prosodia), y músculos que inclinan y giran la cabeza para orientarnos y dirigirnos a los demás (Porges, 2005, p.35, citado en Ogden y Fisher, 2016).

Bowlby (1982) conceptualizó en principio al apego como un sistema conductual de base biológica, que había evolucionado para hacer posible la supervivencia infantil. Estas ideas han sido expandidas por la investigación en teoría del desarrollo y neurobiología hasta demostrar cómo durante el desarrollo, un entorno seguro y las comunicaciones corporales de apego facilitan la maduración de los sistemas cerebrales involucrados en el afecto, la regulación (Bogolepova y Malofeeva, 2000; Lyons-Ruth, 1999 y Trevarthen, 1990; citados por J. Schore y Schore, 2008) y las pautas de conducta (arriba descritas) que permiten la conexión social (de Haan y Gunnar, 2009; Porges, 2016). Por ejemplo, la capacidad de mirar de frente a los ojos refleja la experiencia de haber sido mirado por al menos un otro significativo, un cuidador que brindó sostén, cuidado y aceptación (van der Kolk, 2014).

Hablamos de pautas somáticas y no de señales no verbales para enfatizar en que son **patrones de respuesta** incorporados por aprendizaje procedimental (Lum, Conti-Ramsden, Page, y Ullman, 2012), es decir, han sido cableadas en nuestro sistema a manera de **reglas inconscientes** (Ogden y Fisher, 2016, p. 40), que operan de modo bidireccional y por tanto, intersubjetivo (J. Schore y Schore, 2008).

La regulación neural de la musculatura de la cara, conectada con el corazón, produce las pautas somáticas con las que comunicamos implicación y la percibimos en otros, para reducir la distancia social. Nos permite «hacer contacto visual, vocalizar con

una inflexión y un ritmo atractivo, mostrar expresiones faciales apropiadas a la situación, modular los músculos del oído medio para distinguir la voz humana de los sonidos de fondo de manera más eficiente (Porges, 2004, p. 22)».

La neurocepción de peligro o amenaza externa (p.ej.: nos ataca una persona) o interna (p.ej.: enfermedad física, fiebre o dolor) debilita el tono de los músculos de la cara y la cabeza, de modo que los párpados tienden a cerrarse, la inflexión de la voz se aplana o pierde, las expresiones faciales positivas desaparecen, se malogra el percibirse del sonido de la voz humana y disminuye la sensibilidad hacia las pautas somáticas de implicación social del resto de personas (Porges, 2004, p. 22).

5.3.4 Corregulación

La corregulación, de acuerdo a la psicóloga somática Arielle Schwartz (2018, citado por Procyk, 2020) es «la forma en la que el sistema nervioso autónomo sensiblemente interactúa con el sistema nervioso autónomo de otra persona de manera que facilita mayor balance emocional y salud física». Por su parte, Sbarra define la corregulación como «un estado fisiológico condicionado [...] definido por el mantenimiento recíproco de la homeostasis psicofisiológica dentro de una relación» (2008, p. 143). Estas formas en las que una persona ayuda a llevar los niveles de excitación a un nivel óptimo (hacia arriba o hacia abajo) son una facultad de la relación misma y no del individuo aislado, que se ejerce a través del tacto, el olfato, el contacto visual, la cognición, etc. (Sbarra, 2008, p. 148). En tanto seres sociales, hallazgos actuales demuestran que los estados emocionales y fisiológicos de otros humanos afectan nuestra regulación y pueden defendernos de los efectos biológicos potencialmente dañinos de las respuestas defensivas a través de un vínculo bidireccional de momento a momento que supera la simple sincronía, el reflejo o la covarianza de emociones al conversar o compartir una experiencia (Soma et al., 2020).

Al inicio de la vida, el desarrollo de la autorregulación es determinado por la interacción diádica, es decir, es un fenómeno de corregulación mutua (Feldman, Greenbaum & Yirmiya, 1999; Hofer, 1994; Sroufe, 1996; citados en Siegel, 2007). Aquella es la tarea esencial de la relación entre el infante y su cuidador: crear un vínculo seguro (Bowlby, 1982). La proyección y recepción de señales de seguridad regula la homeostasis del bebé (Ryland, Johnson, y Bernards, 2021; Ovtcharoff and Braun,

2001; Kohut, 1971, citados en J. Schore y Schore, 2008) y organiza su desarrollo cerebral (Pascalis, Kelly, y Schwarzer, 2009).

La forma en que la madre —o el cuidador básico— mira, escucha y vocaliza comunica al otro que es seguro acercarse. Cada una de estas interacciones se convierte en un ejercicio neural que tonifica las vías que hacen posible que la conducta social regule la fisiología del niño conforme éste madura. Las señales de regulación de la excitación se neuroceptan fuera de la consciencia y asimismo son correspondidas (Porges, 2017, p. 8). Si las interacciones primordiales no despiertan confianza o si están ausentes, la capacidad de corregulación puede no establecerse (Porges, 2015).

Si un individuo se encuentra con sus defensas activas, en un estado reactivo vagal dorsal, listo para huir o atacar, es incapaz de involucrarse socialmente (Porges, 2016). A través de neuroceptar el estado vagal ventral —un estado receptivo, de calma— en el otro, se abre la posibilidad de acceder al desescalamiento de la excitación (Friedland-Kays & Dana, 2017; Schwartz, 2018) facilitado por el estado de aquel «otro organizado» (Franco, 2018, citado por Procyk, 2020).

6. Categorías y dimensiones

Tabla 1
Categorías y dimensiones de estudio

Categorías	Dimensiones
La interacción entre el profesional de salud y el paciente Interacción: Acción o influencia recíproca entre dos entidades (RAE, 2021).	Comunicación Proceso de constante afectación recíproca entre entidades que permite, mediante el lenguaje verbal y no verbal, la socialización, adaptación y comprensión de acciones propias y ajenas (Rizo, 2004, citado en Noreña-Peña et al., 2010).
	Estatus y roles Estatus: Valoración de las funciones asignadas o elegidas por una persona dependiendo de su posición en el entramado de relaciones sociales (Perez Cruz, 2015). Rol: conjunto de comportamientos, actitudes, valores, deberes y privilegios que son actuados por una persona, en relación a su estatus social (Aritzeta y Ayestarán, 2003)
	Estigma Proceso en el que convergen cuatro componentes (etiquetado, estereotipos, separación, pérdida de estatus y discriminación) que coexisten en una situación de poder que permite su desarrollo (Link y Phelan, 2001).
Regulación de la excitación Excitación: Grado de actividad del sistema nervioso autónomo (Ogden y Fisher, 2016; J. Schore y Schore, 2008)	Emoción Formas inmediatas, automatizadas y eficientes de resolver problemas comunes para la supervivencia. Motivan y organizan la acción, permiten comunicarse con los demás e influenciarlos y comunicarnos con nosotros mismos. (Linehan, 2015, p. 327) «Transacciones persona-situación que atraen la atención, tienen significado para un individuo a la luz de los objetivos actualmente activos y dan lugar a respuestas multisistémicas coordinadas pero flexibles que modifican la transacción persona-situación en curso de manera crucial» (Gross, 2014, p. 5).
	Excitación regulada y desregulada Dentro de un margen de tolerancia, la excitación fluctúa. Aumenta o disminuye para responder a estímulos amenazantes y retorna al centro (Ogden y Fisher, 2016). Un incremento de excitación que no responde a una situación de peligro o la incapacidad de activarlo frente a un riesgo son respuestas desreguladas. (Porges, 2004)
	Autorregulación Capacidad de «determinar qué emociones se tienen, y modular cuándo se tienen y cómo se experimentan subjetivamente o cómo se expresan» (Gross, 2014, p. 7).

Respuestas neurofisiológicas a la interacción	Sistemas de defensa y sistema de conexión social	<p>Sistemas de defensa: movilización (conductas de lucha o huida, coordinadas por el sistema nervioso simpático) e inmovilización (conductas de muerte aparente y congelamiento, coordinadas por la rama simpática vagal dorsal) (Porges, 2016).</p> <p>Sistema de conexión social: conductas de expresión facial, vocalización y escucha que apoyan la calma, el juego, la confianza y la intimidad. Dependen de la rama parasimpática vagal ventral (Porges, 2016).</p>
	Neurocepción	Evaluación permanente del riesgo que efectúa el sistema nervioso de manera automática, para activar las respuestas fisiológicas distintivas de cada estado autonómico (Porges, 2004).
	Pautas somáticas	<p>Patrones de respuesta que permiten la conexión social. Se incorporan durante el desarrollo por aprendizaje procedimental y funcionan como reglas inconscientes (Ogden y Fisher, 2016).</p> <p>Incluyen: apertura de párpados, gestos faciales, ajuste de los músculos del oído para distinguir voces, masticación, prosodia, giro e inclinación de la cabeza (Porges, 2016).</p>
	Corregulación	«Forma en la que el sistema nervioso autónomo de una persona sensiblemente interactúa con el sistema nervioso autónomo de otra persona para facilitar el balance emocional y la salud física» (Schwartz, 2018, citado por Procyk, 2020), llevando los niveles de excitación a un nivel óptimo.

Elaborado por: Ávila, 2021

7. Supuestos

Supuesto 1. Los pacientes que presentan estados mentales desorganizados han sufrido trauma y/o apego inadecuado, a consecuencia de lo cual, tienden a neuroceptar erróneamente amenaza en las pautas somáticas de los otros. Su sistema nervioso autónomo se desregula con facilidad, y mantienen activos sus sistemas de defensa, lo que les impide o dificulta grandemente la conexión social.

Supuesto 2. Tanto el psicólogo o psicoterapeuta como todos los profesionales que conforman el equipo multidisciplinario de salud mental tienen la responsabilidad ética de cumplir el rol de correulación como un recurso básico para el bienestar biopsicosocial.

Supuesto 3: El estigma del profesional hacia el trastorno mental produce conductas involuntarias e inconscientes que impactan en el precario equilibrio fisiológico y afectivo del paciente.

8. Marco metodológico

8.1 Perspectiva metodológica

La investigación teórica se llevará a cabo desde un enfoque cualitativo, que se orienta a «captar el significado de los procesos, comportamientos y actos más que a describir los hechos [y] utiliza el lenguaje de los conceptos más que el de los números» (Méndez y Astudillo, 2008). Esta práctica interpretativa intenta encontrar sentido a un fenómeno cultural —las cualidades de la relación entre proveedores de salud y pacientes—, en función de los significados que los distintos autores consultados les otorgan (Hernández, Fernández, y Baptista, 2014). A partir de la información obtenida sobre propuestas científicas basadas en evidencia, la reflexión discursiva estará permeada por la subjetividad de la investigadora, procurando ser innovadora y crítica (Campos Ocampo, 2017) en sus conclusiones.

8.2 Diseño de investigación

El diseño de investigación es no experimental en tanto no provoca la situación a ser estudiada, sino que observa el conjunto de realidades o circunstancias que, habiendo ocurrido en un momento determinado, son descritas en las fuentes consultadas (Hernández et al., 2014).

8.3 Tipo de investigación

Según el abordaje del objeto, el alcance de esta investigación es descriptivo, puesto que se dirige a «identificar lo que se conoce del tema, qué se ha investigado y qué aspectos permanecen desconocidos» (Universidad de Jaén, s. f.) con el fin de presentar un panorama con fidelidad, seleccionando y determinando los rasgos del fenómeno de forma independiente (Campos Ocampo, 2017).

8.4 Instrumentos y técnicas de producción de datos

Para la producción de datos se utilizará la técnica de revisión documental, vale decir que se efectuará un proceso sistemático que comienza con la «recolección, selección, clasificación y evaluación de fuentes bibliográficas secundarias, tanto impresas como gráficas, físicas y/o virtuales (Rodríguez, 2013) que versen sobre el

problema de investigación. Esta parte del proceso quedará registrada en una matriz de clasificación de textos. Se procederá luego a la extracción y vaciado de información relevante en un registro estructurado el cual, finalmente, será sometido a un análisis de contenido que destacará y sintetizará lo esencial, yendo más allá de la simple recopilación y lectura de textos para involucrarse «una actividad de interpretación proyectiva y prospectiva» (Dulzaides y Molina, 2004, p. 4) que requiere experticia y eficiencia al usar, relacionar y manejar conceptos para «establecer nexos entre la información procesada y el conocimiento disponible para la solución de un problema» (2004, p. 4).

8.5 Plan de análisis

Se aplicará el análisis documental para la revisión de fuentes confiables y de probada seriedad, entre ellas libros, artículos y videoconferencias de reconocidos científicos dedicados a la investigación sobre los temas del estudio desde la mirada neurobiológica-evolutiva, relacional y psicoterapéutica.

Los materiales obtenidos se filtrarán por su compatibilidad con el tema, relevancia y actualidad. Se empleará una matriz de clasificación de textos para registrar el año, autor, título, tipo, y aporte de las fuentes seleccionadas.

Tabla 2
Matriz de clasificación de textos

Año	Autor	Título	Tipo	Aporte
1985	Watzlawick, P, J, H. B., & D, J.	<i>Teoría de la comunicación humana</i>	Libro	<i>Proveedor de salud y paciente se afectan mutuamente.</i>

Elaborado por: Ávila, 2021

Tabla 3
Ficha bibliográfica

Categoría	Interacción entre profesional de salud y paciente	Tipo	Libro
Dimensión	Comunicación	Título	<i>Teoría de la comunicación humana</i>
		Autor	Watzlawick, P., Helmick Beavin, J., & Jackson, D.
		Año	1985

Desde la perspectiva de la pragmática [efectos de la comunicación sobre la conducta (p.24)], toda conducta y no solo el habla, es comunicación,...

Elaborado por: Ávila, 2021

A continuación se procederá a la examinación profunda del material. Se extraerán los fragmentos relevantes en fichas bibliográficas y se vaciarán en matrices clasificadas

según los criterios y dimensiones correspondientes: la interacción entre el profesional de salud y el paciente, regulación de la excitación, respuestas neurofisiológicas a la interacción.

Estos resultados volverán a revisarse para su análisis e interpretación y antes de la presentación de resultados, una buena parte se sintetizará con el fin de replantear y pulir el marco conceptual, reservando la información más crítica para el análisis, interpretación de resultados y discusión final.

9. Población y muestra

9.1 Población

Siendo la presente una investigación documental, la población está constituida por toda la información generada relativa al tema de estudio, accesible en registros públicos y privados.

9.2 Tipo de muestra

La investigación exige seleccionar suficientes fuentes a partir un universo bibliográfico amplio e indeterminado, incorporando todo material válido que contribuya a responder los objetivos, desde el criterio de la investigadora. El muestreo será no probabilístico, es decir que podrá redefinirse a la medida que el proceso de investigación lo requiera, favoreciendo la generación de conocimiento (Hernández et al., 2014).

9.3 Criterios de la muestra

- Material serio basado en evidencia
- Documentos pertinentes y exhaustivos, publicados en los últimos 10 años
- Reconocido académicamente y validado por expertos

10. Descripción de los datos producidos

Para la selección de las fuentes documentales se accedió a libros en ediciones físicas y electrónicas, artículos científicos, tesis y conferencias que aborden las categorías y dimensiones del estudio. Como base para esta investigación, se partió adquiriendo cuatro libros sobre teoría polivagal y dos libros sobre regulación emocional. Se identificaron y recolectaron fuentes documentales de las bibliotecas electrónicas ScienceDirect, ProQuest, Springer y Web of Science en sucesivas búsquedas, a medida que se reconsideraba la dirección que tomaría la investigación. Por principio se aplicaron dos filtros: revisión por expertos y 5 años de publicación, solamente en los casos en que los resultados eran escasos, se amplió el plazo hasta 10 años. Los resultados se organizaron por su relevancia, y donde fue posible, sólo se admitieron artículos evaluados por expertos. Solo se admitieron artículos publicados fuera del mencionado rango de tiempo cuando su relevancia lo ameritaba. Se procedió a un examen del resumen y conclusiones de los documentos colectados, hasta consolidar la fuente bibliográfica por cada criterio.

En las siguientes tablas se presenta, organizadas por categorías, el número de entradas obtenidas en función de los distintos criterios de búsqueda, junto con la cantidad de documentos recolectados y seleccionados.

Tabla 4
Búsquedas para la categoría «Respuestas neurofisiológicas a la interacción»

Criterios de búsqueda:		Neuroception			Polyvagal theory AND mental health AND neuroception		
		Inglés	Español	Total	Inglés	Español	Total
Biblioteca	<i>Años</i>	<i>Inglés</i>	<i>Español</i>	<i>Total</i>	<i>Inglés</i>	<i>Español</i>	<i>Total</i>
ScienceDirect	5	5	1	6	43	1	44
ProQuest	5	44	1	45	342	2	344
Web of Science	5	6	0	6	47	0	47
Total de entradas				57			435
Documentos:	<i>Recolectados</i>	<i>Descartados</i>	<i>No incluidos</i>				<i>Seleccionados</i>
	46	13	11				22
					Artículos	11	
					Disertaciones	2	
					Libros	8	
					Conferencias	1	

Elaborado por: Ávila, 2021

En el planteamiento inicial de la investigación se planteó la categoría «estigma».

Tabla 5
Búsquedas para la categoría «Estigma», posteriormente reformulada

Mental health professional AND stigma towards patients				
Criterios de búsqueda:				
Biblioteca	<i>Años</i>	<i>Inglés</i>	<i>Español</i>	<i>Total</i>
ScienceDirect	5	1672	160	1832
ProQuest	5	17930	32	17962
Web of Science	5	168	0	168
Total de entradas				19962
Documentos:	<i>Recolectados</i>	<i>Descartados</i>	<i>No incluidos</i>	<i>Seleccionados</i>
	40	21	9	10
				Artículos 8
				Disertaciones 1
				Libros 1

Elaborado por: Ávila, 2021 d

A medida que se revisaba el material, se consideró que previo a caracterizar la relación entre profesional de salud y paciente como estigmatizante, debía considerarse el constructo interacción en general, de modo que se reformuló la categoría de estudio como «interacción entre profesional de salud y paciente». Tras la primera lectura del material bibliográfico recolectado sobre interacción, se resolvió abordar el tema desde la teoría de la comunicación de Watzlawick (1985) y las nociones de estatus y rol de la psicología social (Rizo García, 2006), para luego indagar en el concepto de estigma.

Tabla 6
Búsquedas para la categoría «Interacción entre profesional de salud mental y paciente»

Mental health professional-patient interaction / communication / relationship					Psychiatrist/psychologist -patient communication AND verbal and no verbal behaviors AND empathy towards patients		
Criterios de búsqueda:							
Biblioteca	<i>Años</i>	<i>Inglés</i>	<i>Español</i>	<i>Total</i>	<i>Inglés</i>	<i>Español</i>	<i>Total</i>
ScienceDirect	5	723	29	752	148	0	148
ProQuest	5	278	242	520	159	0	159
Web of Science	5	13	0	13	-	-	-
Total de entradas				1285			307
Documentos:	<i>Recolectados</i>	<i>Descartados</i>	<i>No incluidos</i>		<i>Seleccionados</i>		
	61	22	25		14		
					Artículos		11
					Disertaciones		0
					Libros		3

Elaborado por: Ávila, 2021

En un inicio se consideró situar el problema en el marco del modelo comunitario de salud. Esto llevó a una búsqueda de artículos utilizando el criterio «psychosocial model *and* mental health professional behavior». De 226 resultados se seleccionaron 22 artículos, a los que se sumó 5 publicaciones relativas al tema de la OMS y el MSP, que se procedió a revisar. En el curso de la revisión se concluyó que la necesidad de ofrecer un ambiente de confianza al paciente trasciende el modelo bajo el cual se realice el tratamiento, y se descartó todo este material.

Por último, además de haber seleccionado los libros de Ogden y Fisher (2016), Linehan (2015) y Gross (2014) cuya perspectiva sobre la desregulación emocional está sustentada en evidencia y versan sobre la comunicación no verbal y el trabajo somático, se realizó la búsqueda de artículos científicos.

Tabla 7
Búsquedas para la categoría «Regulación de la excitación»

Mental illness AND emotional dysregulation AND arousal AND corregulation				
Criterios de búsqueda:				
Biblioteca	<i>Años</i>	<i>Inglés</i>	<i>Español</i>	<i>Total</i>
ScienceDirect	5	518	20	538
ProQuest	5	653	11	664
Web of Science	5	27	0	27
Total de entradas				1229
Documentos:	<i>Recolectados</i>	<i>Descartados</i>	<i>No incluidos</i>	<i>Seleccionados</i>
	26	2	1	23
			Artículos	19
			Libros	4

Elaborado por: Ávila, 2021

En suma, durante el proceso de gestión documental se cumplieron tres fases: compilación, revisión, y análisis de pertinencia y filtrado, como se ilustra a continuación:

Figura 3. Fases y resultados del proceso de gestión documental

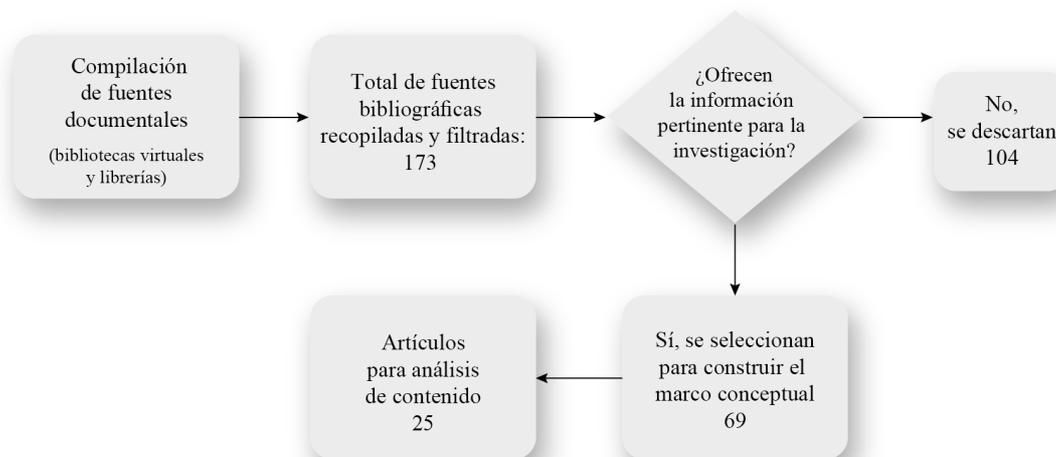


Figura 3. Elaboración propia.

En el anexo 2 se consignan los 69 documentos incluidos, con una breve referencia al aporte encontrado en cada uno. Estas fueron las fuentes utilizadas para construir el marco conceptual. De entre este material, se seleccionaron 13 artículos relativos a la interacción entre proveedores de salud y pacientes y 12 sobre los otros criterios para realizar un análisis de contenido poniendo a conversar el texto con los criterios del presente estudio. Se presenta el análisis mencionado en matrices de doble entrada.

11. Presentación de los resultados descriptivos

Tabla 8

Matriz de investigaciones afines a la categoría interacción profesional de salud-paciente, dimensión comunicación

Autores, título, fecha, tipo de estudio	Impactos del entorno	¿Se trata la interacción como un bucle o como un vector?	Se considera lo verbal y lo no verbal?	Pautas conductuales del paciente	Pautas conductuales del profesional	Aportes
<p>Lavelle, Dimic, Wildgrube, McCabe, y Priebe Non verbal communication in meetings of psychiatrists and patients with schizophrenia 2015 Observación de campo. Filmación de consultas psiquiátricas reales para el análisis etológico de comportamientos no verbales.</p>		<p>Nunca se había estudiado las conductas no verbales en plena interacción, este estudio prueba cómo la interacción es un proceso de dos vías.</p>	<p>Ambos</p>	<p>«En comparación con controles sanos y pacientes con depresión, los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia muestran menos comportamientos no verbales "prosociales", diseñados para invitar y mantener la interacción social, como sonreír, asentir con la cabeza y usar gestos con las manos (2– 5), y más conductas de 'huida', diseñadas para evitar la interacción social, como apartar la mirada o congelarse (6, 7)» (p. 198). Se ha descrito con anterioridad la conducta del paciente con esquizofrenia como una que dificulta el rapport (Rümke).</p>	<p>La conducta de los psiquiatras responde o se alinea con la de los pacientes, como otros estudios han demostrado, sobre todo cuando son prosociales.</p>	<p>Se encontró que los pacientes incrementaron su conducta prosocial cuando los psiquiatras también lo hicieron. «La conducta no verbal se asocia tanto con la conducta del psiquiatra cuanto con la calidad de la relación terapéutica» (p. 197). «Si se replican más, estos hallazgos pueden tener implicaciones para la formación de profesionales de la salud mental. Los médicos deben ser conscientes de cómo se puede influir en su propio comportamiento y aprender a identificar las características no verbales importantes en los pacientes para que puedan responder de la manera terapéuticamente más útil.» (p. 204).</p>
<p>Hassan, McCabe, y Priebe Professional-patient communication in the treatment of mental illness: A review 2007 Cualitativo. Revisión sistemática de filmaciones de comunicación entre profesionales y pacientes con trastornos mentales con el fin de examinar la interacción entre profesionales y con el paciente.</p>		<p>No, evidencia que: «Pocos estudios han investigado la comunicación como un proceso bidireccional construido conjuntamente entre el profesional y el paciente, y el desafío que tenemos por delante radica en integrar la investigación fundamental de este tipo en ensayos y estudios clínicos más amplios» (p. 150).</p>	<p>Ambos</p>	<p>Tensión, frente a la evitación de los psiquiatras. Frente a las intervenciones indirectas de los doctores «los pacientes responden de forma neutral o amigable, como aceptando la sugerencia implícita de la declaración del doctor de que están mal; o responden con una protesta negativa y se vuelven contra el psiquiatra, lo que conduce al juicio de que el paciente exhibe una conducta extraña y agresiva (Bergmann, 1992)» (p.149).</p>	<p>En 16 estudios identificados, en tratamientos de esquizofrenia, 1/3 de los terapeutas mostraron un estilo de comunicación negativo (criticismo, hostilidad y excesivo involucramiento), lo cual puede estar asociado con mas recaídas. Frente a los reportes de síntomas psicóticos, sonrien y cambian de tema, es decir, evitan abordarlo. «Los psiquiatras practican descripciones indirectas, es decir, no preguntan sino le dicen algo al paciente sobre sí mismo, así como elementos mitigadores y eufemismos al buscar información» (p. 149).</p>	<p>La mayoría de estudios revisados se enfocan en la contribución comunicativa del profesional, o del paciente, por separado.</p>
<p>Pileño, Morillo, J., Morillo, A., & Losa-Iglesias The Mental Health Team: Evaluation From a Professional Viewpoint 2018 Cualitativo. Etnografía para evaluar las interacciones del equipo de profesionales de salud mental con los pacientes.</p>	<p>El equipo soporta estresores físicos, psicológicos y sociales: Alerta constante, ritmos de trabajo agotadores, agresión verbal, miedo, violencia, ansiedad, desánimo. No se sienten parte del equipo, ni compartiendo objetivos. El psiquiatra no se percibe como parte del grupo, ni como líder, sin embargo es quien tiene el poder. Hay conflictos de roles.</p>		<p>Solo lo verbal.</p>		<p>Las enfermeras en ocasiones gritan para controlar a los pacientes. El equipo está permanentemente en estado defensivo. Los doctores se mantienen distantes, en su jerarquía, las enfermeras se relacionan más y tienen más responsabilidades, esto reduce su bienestar (Bonet, 2016).</p>	<p>Sugiere la importancia de la comunicación centrada en el paciente.</p>

Autores, título, fecha, tipo de estudio	Impactos del entorno	¿Se trata la interacción como un bucle o como un vector?	Se considera lo verbal y lo no verbal?	Pautas conductuales del paciente	Pautas conductuales del profesional	Aportes
<p>Douglas, Vides de Andrade, Boyd, Leslie, Webb, Davis, Fraine, Frazer, Hargraves, y Bickman</p> <p>Communication training improves patient-centered provider behavior and screening for soldiers' mental health concerns</p> <p>2016</p> <p>Cuantitativo. Evalúa un entrenamiento en comunicación centrada en el paciente para proveedores de salud mental del ejército.</p>	<p>Problemas típicos para crear rapport son: falta de consistencia (tener el mismo proveedor a lo largo del tiempo), dudas sobre la confidencialidad. Esto afecta la comunicación y la satisfacción con el servicio.</p>		<p>Solo lo verbal. Se demuestra la aplicación del modelo de Macy de comunicación centrada en el paciente, esto refiere a intervenciones verbales de escucha activa y empatía. Esto mejora la comunicación entre pacientes y proveedores, y esto impacta en los resultados del proceso.</p>			<p>«Es importante destacar que un enfoque centrado en el paciente se ha asociado con un aumento de la revelación psicosocial del paciente y el cumplimiento de las recomendaciones de tratamiento [11,23,25,26], dos resultados clave de cualquier sistema de evaluación de riesgos para la salud [27,28]. Además, la comunicación centrada en el paciente puede ser eficaz incluso en breves encuentros de salud [12,29,30] y la formación en comunicación puede mejorar las habilidades de los profesionales médicos nuevos y experimentados [18,19,31-33]» (p. 1204).</p>
<p>Benito, Rivera-Rivera, Yaeguer, y Specos</p> <p>Presencia, autoconciencia y autocuidado de los profesionales que trabajan con el sufrimiento</p> <p>2020</p> <p>Revisión de literatura sobre la relación de ayuda que ofrece el personal de cuidados paliativos.</p>	<p>Intensidad emocional, contacto con la vulnerabilidad, el sufrimiento y la pérdida. Presión, incertidumbre, estrés.</p>		<p>Ambos. Al describir el concepto de presencia terapéutica habla del nivel no verbal de la comunicación: microexpresiones faciales, tono de voz y tensión / relajación corporal.</p>		<p>Los profesionales pueden presentar burnout, caracterizado por «1. Agotamiento físico y emocional, 2. Cinismo y despersonalización (sensación de desvinculación) y 3. Bajo sentido de eficacia» (p. 76).</p>	<p>El médico puede transmitir sosiego y calma regulando su SNA. Respirar conscientemente. Los profesionales requieren formarse en autocuidado y gestión emocional. El médico debe convertirse en su propia herramienta mediante la autoconsciencia.</p>
<p>Noreña-Peña, Cibanal, y Alcaraz Moreno</p> <p>La interacción comunicativa en el cuidado de la salud</p> <p>2010</p> <p>Revisión de literatura sobre la influencia del proceso de comunicación sobre las intervenciones en salud en la práctica de la enfermería</p>		<p>Como un vector, plantea la interacción comunicativa como «mensajes transmitidos» que buscan entendimiento y comprensión. Pone énfasis en la función de la comunicación efectiva para entender el problema, planificar el cuidado, y luego guiar al paciente y negociar los cuidados (p.116). Habla de «afectación recíproca» y define retroalimentación, pero al sacar conclusiones, la visión es completamente vectorial.</p>	<p>Solo en lo verbal, el foco está puesto en lo cognitivo. Menciona el uso de símbolos no verbales a nivel conceptual, pero no lo desarrolla en la práctica.</p>		<p>«Tanto el paciente como el profesional asistencial son parte de un sistema dinámico e interactivo, en el cual el sanitario se encuentra capacitado para resolver los problemas de los pacientes por medio de la decodificación de sus mensajes. Es a través de los hechos, las historias de vida, y los acontecimientos que relatan los pacientes, que el enfermero puede evaluar las circunstancias particulares del paciente -el contexto- y organizar el plan de cuidados. Las intervenciones en salud necesitan tener en cuenta la capacidad comunicativa del paciente: sus gestos, sus miradas, su expresión verbal, entre otros (Cibanal et al., 2010)» (p. 126).</p>	<p>La experiencia del enfermar es configurada por las relaciones interpersonales. «La manera según la cual el profesional sanitario trate al paciente y lo aborde, va a influir en el sentido que éste le de a la dolencia o padecimiento (García-Campayo, et al., 1995)» (p. 115).</p>
<p>Muusse, Kroon, Mulde, y Pols</p> <p>Working on and with Relationships: Relational Work and Spatial Understandings</p>	<p>Equipo involucrado en establecer relaciones de largo plazo y en crear una cotidianidad, en medio de la cual surgirán crisis. Se logra que el paciente</p>	<p>—</p>	<p>Ambos. Habla de habilidades, actitudes y sentimientos (no juzgar) y cómo se</p>			<p>«Ética del cuidado: es la noción de "interdependencia relacional de las personas como sujetos que cuidan y cuidan" (Pols 2014: 81)» (p. 549). Buen cuidado mental: «Conocerse» es importante en la relación entre [proveedor] y [paciente]» (p. 552).</p>

Autores, título, fecha, tipo de estudio	Impactos del entorno	¿Se trata la interacción como un bucle o como un vector?	Se considera lo verbal y lo no verbal?	Pautas conductuales del paciente	Pautas conductuales del profesional	Aportes
<p>of Good Care in Community Mental Healthcare in Trieste 2020</p> <p>Cualitativo. Etnografía sobre una comunidad para el cuidado mental en Trieste, en la que la noción de «buen cuidado» es central.</p>	<p>se sienta en casa, en un espacio seguro.</p>		<p>reflejan en conductas e intervenciones verbales, más no de su reflejo en el tono de voz o gesto facial.</p> <p>De todas maneras, la recomendación es vectorial, es decir, solo aborda la recepción de señales y no plantea la retroalimentación, el bucle: menciona la observación de gestos en el paciente para comprender su estado: <i>«simplemente mantienes los ojos y los oídos abiertos tanto como sea posible»</i>.</p>			<p><i>«Todo esto es necesario "para mantener el equilibrio". [...] Más que estabilidad (estar estable es una situación que puede volver a ser inestable), equilibrio: poder oscilar un poco, sin colapsar, pero se requiere cautela y trabajo constante»</i>. (p. 551).</p> <p><i>«Como señala Winance (2010), lo «bueno» en situaciones de cuidado no es una situación perfecta en términos absolutos. Ella ve esto como inherente a las situaciones de cuidado, ya que un colectivo se trata de negociar y tratar con los recursos disponibles: "lo bueno es un arreglo de personas y cosas que es un compromiso, que permite la vida en común y permite el movimiento y la emoción de todos aquellos involucrados en el colectivo" (Ibid: 109)»</i>. (p. 553)</p>
<p>Cleary, Hunt, Horsfall, y Deacon Nurse-patient interaction in acute adult inpatient mental health units: A review and synthesis of qualitative studies 2012</p> <p>Cualitativo. Revisión sistemática sobre la interacción enfermera-paciente en unidades de agudos. Cualitativo. Revisión sistemática sobre la interacción enfermera-paciente en unidades de agudos.</p>	<p>Eventos impredecibles, caos, peligro.</p>	<p>Lo trata como un bucle.</p>	<p>Ambos.</p> <p>No se menciona explícitamente las señales no verbales, pero queda sobreentendido.</p>		<p><i>«La calma interpersonal significa el uso de la calma de la enfermera y sus habilidades interpersonales para reducir la ansiedad de un paciente muy angustiado y difiere de mantener la calma frente a la provocación de un paciente, aunque estas pueden superponerse»</i> (p. 73).</p> <p><i>«Algunas enfermeras pudieron equilibrar la cercanía con la contención y mantener la empatía bajo coacción (p. ej., abuso); habilidades que no se enseñan fácilmente (Chiovitti, 2008; Deacon et al., 2006; Cleary, 2003). Las cualidades personales que conducen a una práctica interpersonal efectiva, que pueden ser difíciles de enseñar identificadas en nuestro estudio incluyen imaginación, tener sentido del humor, respetar la humanidad intrínseca de los pacientes, no juzgar, paciencia y perseverancia y calma interna ante el fuego»</i> (p. 77).</p> <p><i>«La paciencia y la perseverancia están respaldadas por una calma intrapsíquica. Trabajar en silencio y con calma con una persona que es hostil, antagonista o amenazante no es fácil (Chiovitti, 2008; Delaney & Johnson, 2006; Cleary, 2003; Deacon et al., 2006; Hem & Heggen, 2003)»</i>. (p. 76).</p>	<p>Menciona el valor del uso del humor.</p> <p>El artículo desafía el prejuicio sobre el trato de las enfermeras como no terapéutico.</p> <p>Las enfermeras necesitan cualidades de fuerza y humanidad.</p> <p><i>«Hay habilidades que una enfermera puede aprender y aprovechar para trabajar de manera constructiva con personas potencialmente peligrosas. Sin embargo, es probable que las habilidades técnicas no sean efectivas interpersonalmente si la enfermera no alberga una quietud interior que los pacientes a menudo perciben, de ahí su capacidad para responder a una enfermera y no a otra que parece utilizar la misma estrategia»</i> (p. 76).</p>
<p>Shea y Lionis The Call for Compassion in Health Care 2018</p>	<p>El paciente hospitalizado está en situación de vulnerabilidad y dependencia. El ambiente es de miedo y ansiedad.</p>	<p>Lo trata como un bucle.</p>	<p>Solo lo verbal. Habla de ofrecer «amabilidad, empatía y compasión» para tranquilizar al otro,</p>			<p><i>«La amabilidad y el tacto alteran el ritmo cardíaco y la función cerebral tanto en la persona que brinda compasión como en la persona que la recibe (Fogarty, Curbow, Wingard, McDonnell y Summerfield, 1999; Shaltout, Toozer, Rosenberger y Kemper, 2012)»</i> (p. 2).</p>

Autores, título, fecha, tipo de estudio	Impactos del entorno	¿Se trata la interacción como un bucle o como un vector?	Se considera lo verbal y lo no verbal?	Pautas conductuales del paciente	Pautas conductuales del profesional	Aportes
Revisión teórica sobre el cuidado compasivo en salud para mejorar la calidad del servicio en primer y segundo nivel.			pero desde lo verbal, escuchando, informando, etc. para recibir información sobre los síntomas y diagnosticar de forma precisa.			«Un enfoque compasivo para interactuar con los demás y con uno mismo altera la respuesta del cerebro al estrés y ayuda a aumentar la tolerancia al dolor (Youngson, 2012)» (p. 2). La compasión implica actuar. Hay que atender las necesidades desde las más primarias hacia arriba. En ciertos casos, implica valentía.
Cárcamo, Cofré, Flores, Lagos, Oñate, y Grandón Atención en salud mental de las personas con diagnóstico psiquiátrico grave y su recuperación 2019 Estudio cualitativo. Entrevistas semi estructuradas a pacientes esquizofrénicos	El esquizofrénico sufre exclusión social y estigma, su acceso a servicios es deficiente, hay alta comorbilidad.		Solo lo verbal.		Los profesionales evidencian conductas de: <i>«paternalismo o coerción; la deshumanización de los/as usuarios/as, y la transmisión de mensajes desmoralizadores sobre su situación vital (Henderson et al., 2014; Mascayano, et al., 2016). A esto, se agrega el uso de etiquetas y lenguaje estigmatizante (Muñoz, 2009)»</i> (p. 2). <i>«Interacción «irrespetuosa», ya sea por el tipo de trato; poco amable e indiferente, como por la consideración del otro como una persona sin capacidad de decidir. Lo primero se expresa en una atención distante y centrada fundamentalmente en los síntomas, descuidando el bienestar de la persona en las distintas áreas de su vida»</i> (p. 5).	El artículo concluye sugiriendo el buen trato, entendido como: <i>«la legitimación del/la usuario/a en tanto persona, esto implica el respeto por sus experiencias, puntos de vista y necesidades. Esta conceptualización se expresa de manera individual, relacional y en el funcionamiento del dispositivo de salud. Individualmente se define a partir de características personales de los/as profesionales como la preocupación, comprensión, amabilidad, conocimientos y mantención de la confidencialidad. Las características de los/as profesionales se expresan de tres maneras distintas en el trato: La primera está relacionada con un trato afectuoso, en que resalta la amabilidad, cordialidad y cercanía. La segunda, con un trato en que se respetan los derechos de los/as usuarios/as, pudiendo conceptualizarse como trato ético, destacando el saber escuchar, prestar atención, disposición para aclarar dudas y explicar, tener vocación por el trabajo, ser abiertos/as de mente, conscientes y flexibles hacia el diagnóstico y promover una relación respetuosa e igualitaria. Como un tercer aspecto surge la competencia técnica de los/as profesionales»</i> (p.5).
Carrara, Ventura, Bobbili, Jacobina, Khenti, y Mendes Stigma in health professionals towards people with mental illness: An integrative review 2019 Cualitativo. Revisión sistemática.			Examina actitudes, es decir, se centra en lo cognitivo-verbal.		Los psiquiatras tienen muchos estereotipos negativos. Las enfermeras tienen actitudes negativas hacia los pacientes. Actitudes: <i>«un aspecto del estigma, se definen como una organización a largo plazo de creencias y cogniciones con una carga afectiva a favor o en contra de una persona. Ciertas actitudes predisponen a los individuos a acciones consistentes con las cogniciones y emociones propias de esa persona (Rodrigues, Assmar y Jablonski, 2005). Pueden ser positivas o negativas, explícitas (actitudes que se encuentran en el nivel consciente, se forman deliberadamente y son fáciles de informar) o implícitas (actitudes que se encuentran en el nivel inconsciente, se forman involuntariamente y típicamente se desconocen), socialmente desarrolladas por normas culturales. y como resultado de los procesos de aprendizaje»</i> (p. 315).	«Los profesionales de la salud son vulnerables a los estereotipos porque están en contacto con los usuarios del servicio en momentos críticos; cuando los síntomas pueden ser evidentes y necesitan urgentemente tratamiento (Stuber et al., 2014)» (p. 317).
Gaminde La interacción en el sistema sanitario: Médicos y pacientes 2002	Han cambiado los valores con que se provee asistencia de salud, esto afecta las relaciones médico-paciente.	Como un vector.			La perspectiva del paciente es ignorada, sufren estereotipos de género, no se estudian las causas y solo se medica contra el dolor, se estigmatiza.	«La relación médico paciente es ambivalente y paradójica, oscilando entre dependencia y autonomía. Es una relación de poder, en términos foucaultianos, dice Lupton (1997b) «que va más allá de una concepción de una profesión que posee más o

Autores, título, fecha, tipo de estudio	Impactos del entorno	¿Se trata la interacción como un bucle o como un vector?	Se considera lo verbal y lo no verbal?	Pautas conductuales del paciente	Pautas conductuales del profesional	Aportes
<p>Drossman, y Ruddy Improving Patient-Provider Relationships to Improve Health Care 2019</p> <p>Revisión de literatura para discutir cómo el cambio de modelo médico afecta la interacción proveedor de salud-paciente.</p>	<p>El tiempo para la consulta es limitado. En EEUU actualmente la cita dura 12 minutos. Gastan tiempo en tareas administrativas.</p>	<p>Como un bucle.</p>	<p>Ambos. Resume en una tabla los comportamientos verbales y no verbales que facilitan la comunicación con el paciente.</p>	<p>«Los pacientes a su vez sienten que su rol en la relación es menor y responden con un comportamiento adverso, falta de conexión, frustración y a veces autoculpabilización y estigmatización» (p. 2).</p>	<p>Los aspectos cualitativos se han perdido, especialmente la relación no verbal: cercanía, postura inclinada que exprese atención, contacto visual, gesticulaciones afirmativas y gestos. No hay encuentro.</p> <p>«La satisfacción para el médico es mucho menor, no tiene tiempo para acopiar información relevante, hay una pérdida del sentido de cuidar a sus pacientes y mayor riesgo de burnout y mala práctica. Esto puede conducir a actitudes y conductas negativas hacia los pacientes. [...]» (p. 2).</p>	<p><i>menos poder, a entender el poder como compartido, negociado, de relaciones, de situaciones y como un recurso de acción; ésta es la noción de «poder para» y también la de «poder sobre». [...] La asimetría de poderes está siempre presente».</i>(2002, p. 578)</p> <p>Las destrezas de comunicación efectiva mejoran el diagnóstico y la decisión de abordaje, incrementa el sentido, reduce los síntomas y el malestar emocional.</p>
<p><i>Comportamientos no verbales que afectan la comunicación</i></p>						
<p>Comportamiento No verbal</p>		<p>Facilita</p>			<p>Inhibe</p>	
<p><i>Entorno clínico</i></p>		<p><i>Privado, cómodo</i></p>			<p><i>Ruidoso, barreras físicas</i></p>	
<p><i>Contacto visual</i></p>		<p><i>Frecuente</i></p>			<p><i>Infrecuente o constante</i></p>	
<p><i>Escucha</i></p>		<p><i>Escucha activa: las preguntas se relacionan con lo que dice el paciente</i></p>			<p><i>Distraído o preocupado (p. ej. tipea)</i></p>	
<p><i>Postura corporal</i></p>		<p><i>Directa, abierta, relajada</i></p>			<p><i>Cuerpo girado, brazos cruzados</i></p>	
<p><i>Cabeceo</i></p>		<p><i>Bien cronometrado</i></p>			<p><i>Poco frecuente, excesivo</i></p>	
<p><i>Proximidad corporal</i></p>		<p><i>Lo suficientemente cerca para tocar</i></p>			<p><i>Demasiado cerca o demasiado lejos</i></p>	
<p><i>Expresión social</i></p>		<p><i>Muestra interés y comprensión</i></p>			<p><i>Preocupación, aburrimiento, desaprobación</i></p>	
<p><i>Voz</i></p>		<p><i>Tono suave</i></p>			<p><i>Dura, apresurada</i></p>	
<p><i>Toque</i></p>		<p><i>Útil si es oportuno y está acostumbrado a comunicar empatía</i></p>			<p><i>Insincero si es inapropiado o inoportuno</i></p>	
<p><i>Sincronía (brazos, piernas)</i></p>		<p><i>Concordante</i></p>			<p><i>Discordante</i></p>	

Tabla 9
Matriz de investigaciones afines a la categoría interacción profesional de salud-paciente, dimensión estigma

Autor Título	Link y Phelan Conceptualizing stigma	Yang, Kleinman, Link, Phelan, Lee, y Good Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory	Knaak, Mantler, y Szeto Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions	Jara Estigmatización hacia personas con diagnóstico de trastorno mental grave en personal de salud mental
Fecha	2001	2007	2017	2019
Aportes	<p>«Al esperar y temer el rechazo, las personas que han sido hospitalizadas por enfermedades mentales pueden actuar con menos confianza y más a la defensiva, o simplemente pueden evitar por completo un contacto potencialmente amenazante. El resultado puede ser interacciones sociales tensas e incómodas con estigmatizadores potenciales (Farina et al 1968), redes sociales más restringidas (Link et al 1989), una calidad de vida comprometida (Rosenfield 1997), baja autoestima (Wright et al. 2000), síntomas depresivos (Link et al 1997), desempleo y pérdida de ingresos (Link 1982, 1987)» (p. 374).</p> <p>«Estereotipo amenazante (Steele & Aronson, 1995): El estereotipo se convierte en una amenaza o un desafío, ya sea porque uno puede ser evaluado de acuerdo con el estereotipo o porque uno puede confirmar el estereotipo a través de su comportamiento».</p> <p>«Nadie en el contexto inmediato de la persona necesita haber participado en formas obvias de discriminación. Más bien, la discriminación es anterior a la situación inmediata y, en cambio, se basa en la formación y el mantenimiento de estereotipos y teorías legas. Aún así, las consecuencias son a veces graves y sin duda contribuyen en gran medida a las diferencias en las oportunidades de vida de las personas en grupos estigmatizados» (p. 374).</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <p>Discriminación estructural</p> <p>↓</p> <p>Los grupos interiorizan la visión de su estatus inferior y entonces...</p> <p>↓</p> <p>Estereotipo como amenaza / desafío (predicción autocumplida)</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Discriminación directa individual</p> <p>↓</p> </div> </div>	<p>«Los autores trazan la evolución en la definición de estigma de un constructo basado en gran medida en el individuo a uno enraizado en el espacio social. [...] El estigma resulta de estar ubicado en una situación social que influye sobre cómo uno es tratado. [...] Sin embargo, a pesar del énfasis de estos modelos sociológicos en las bases sociales e interactivas del estigma (Scheff, Link), la investigación que utiliza estos marcos ha continuado en gran medida para localizar el efecto del estigma dentro del estigmatizador o receptor individual» (p. 1525).</p> <p>«Al amenazar lo que está en juego en el mundo social, el estigma pone en peligro lo que más se valora en lo más íntimo de uno. Al proponer un medio por el cual el mundo social (valores) se traspasa al yo (experiencia subjetiva de estados corporales y emociones), nuestro marco incorpora cómo el estigma tiene manifestaciones psicobiológicas que ocurren fuera de la conciencia y que el estigma tiene lugar en el espacio intersubjetivo Proponemos que el estigma tiene las siguientes características: El estigma es sociosomático: Las normas y las emociones están vinculadas por procesos mediadores, que ocurren simultáneamente a través de formas moral-somáticas y moral-emocionales. En los procesos moral-somáticos, los estados corporales de uno están vinculados con la experiencia de las normas y valores sociales, es decir, la experiencia del mundo social puede ser transducida a la fisiología. [...] El estigma es intersubjetivo: El estigma se produce entre la comunicación interpersonal y los compromisos vividos. Al tener lugar tanto dentro como fuera de una persona, el estigma es un proceso social y subjetivo. Por lo tanto, el estigma puede verse como de naturaleza interpersonal o relacional. Sugerimos además que gran parte del estigma ocurre en el espacio intersubjetivo entre las personas en el nivel de palabras, gestos, significados, sentimientos, etc., durante el compromiso con lo que más importa» (p. 1531-1532).</p> <p>«Nuestra teoría también identifica que el estigma se puede sentir y sentir en el estado corporal del individuo, pero no se reconoce conscientemente. El estigma amenaza lo más importante. El estigma adquiere su carácter de peligro al amenazar los compromisos interpersonales y lo que está más en juego» (p. 1532).</p>	<p>«La omnipresencia con la que se informan las interacciones negativas sugiere que el problema no se limita a unos pocos proveedores insensibles, pero es de naturaleza más sistémica, que es un problema con la forma en que la cultura de la salud prioriza y percibe a las personas con enfermedades mentales (Abbey S, Charbonneau M, Tranulis C, Moss P, et al., 2012; Stuart H, Arboleda-Florez J, Santorius N., 2012; Thornicroft G, Rose D, Kassam A., 2007; Ross C, Goldner E, 2009; Schulze B., 2007)» (p. 111).</p> <p>Ingredientes clave para la reducción eficaz del estigma en contextos sanitarios:</p> <p>«1. Enseñar habilidades que ayuden a los proveedores de atención médica a saber «qué decir» y «qué hacer». [...] Se ha demostrado que este contacto social desautoriza los estereotipos, disminuye la ansiedad, aumenta la empatía, establece conexiones personales y mejorar la comprensión de la recuperación. (Maranzan, 2016; Pettigrew, Tropp, 2009; Agrawal, Capponi, López, et al. 2016).</p> <p>2. Intervenciones: A. eliminación de mitos o un enfoque de aprendizaje transformador para abordar los prejuicios inconscientes y corregir creencias falsas que pueden tener un impacto negativo en la atención. (Sukhera & Chahine 2016; Ungar, Knaak & Szeto, 2016; Knaak & Modgill, 2014) B. demostrar / enfatizar la recuperación de una enfermedad mental y mostrar las formas en que los proveedores de atención médica desempeñan un papel de gran impacto en ese proceso (Knaak & Modgill, 2014)» (p. 113).</p>	<p>«En cuanto a la calidad de las redes sociales en las personas con un TMG, se ha encontrado que es un aspecto que se ve interferido y existe evidencia que documenta la disminución de las redes sociales (Jackson, 2015; Mascayano, Tapia, Castro, Mena & Machego, 2015). En general, las personas con un TMG y sus familias se encuentran más aisladas socialmente que el resto, y, a menudo cuentan con redes más pequeñas conformadas principalmente por miembros de la familia (Cresswell, Kuipers & Power, 1992; Palumbo, Volpe, Matanov, Priebe & Giacco, 2015). Además de la disminución del tamaño de la red social, la calidad de las conexiones interpersonales existentes, también parece verse afectada negativamente» (p. 34).</p>

Tabla 10

Matriz de investigaciones afines a la categoría regulación de la excitación, dimensión excitación regulada y desregulada

Autor	Porges, S.	Beattie, Griffiths, Innes, y Morphet	Brosschot, Verkuil, y Thayer
Título	Making the World Safe for our Children: Down-regulating Defence and Up-regulating Social Engagement to “Optimise” the Human Experience	Workplace violence perpetrated by clients of health care: A need for safety and trauma-informed care	Exposed to events that never happen: Generalized unsafety, the default stress response, and prolonged autonomic activity
Fecha	2015	2019	2017
Aportes	<p>«La teoría polivagal propone que el estado fisiológico es una parte fundamental, y no un correlato, de la emoción y el estado de ánimo. La teoría enfatiza un vínculo bidireccional entre el cerebro y las vísceras, lo que explicaría cómo los pensamientos pueden cambiar nuestra fisiología y cómo el estado fisiológico influye en nuestros pensamientos. A medida que las personas cambian sus expresiones faciales y sus voces, también están cambiando su fisiología» (p. 118).</p>	<p>«Un estudio sobre las perspectivas del personal y los pacientes sobre las causas de la agresividad de los pacientes, Duxbury y Whittington (2005) encontró que los pacientes percibían las condiciones ambientales y la pobre comunicación como precursores importantes de la conducta agresiva. En contraste, las enfermeras veían los trastornos mentales de los pacientes como la razón principal de la agresión. Hay un reconocimiento, sin embargo, de que sentimientos de ansiedad, miedo, dolor y pérdida, a menudo asociados con visitas a los servicios de salud, puede conducir a que clientes, con y sin diagnósticos mentales, se vuelvan más fácilmente frustrados, violentos y/o agresivos de lo que usualmente son (Design Council 2014). Como sugirió Volavka (1999), los factores neurobiológicos y socioambientales continuamente interactúan. Por tanto, para comprender la agresividad y la violencia necesitamos estudiarlas en el contexto de la interacción biosocial (Volavka, 1999, p.312)» (p. 5).</p> <p>«La hiperactivación, por ejemplo, ocurre comúnmente, principalmente como un medio de autoprotección después del trauma inicial, pero si se continúa durante toda la vida, puede ser perjudicial e interferir con la capacidad del individuo para evaluar la amenaza o la seguridad. En consecuencia, los individuos, como los que ingresan a los servicios de salud, pueden reaccionar de forma exagerada ante situaciones, percibiéndolas como una amenaza, cuando en realidad las circunstancias son realmente seguras (Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias, 2014)» (p. 6).</p>	<p>«Evidencia neurobiológica actual (p. Ej., Ahern et al., 2001; Amat et al., 2005; Motzkin et al., 2015, Grupe & Nitschke, 2013) y razonamiento evolutivo (p. Ej., Nesse, 2005, Trimmer et al., 2013) sugieren que la respuesta al estrés es una respuesta predeterminada del organismo, y es la respuesta a la que el organismo recurre automáticamente cuando no hay otra información disponible» (p. 4).</p> <p>«Los organismos han sobrevivido en la evolución no esperando más evidencia de amenaza, sino errando por el lado de la precaución (por ejemplo, Nesse, 2005, Trimmer et al., 2013), o, formulado popularmente, por estar «mejor seguro que arrepentido». Por esta razón la respuesta al estrés, por defecto, está «siempre ahí», a punto de ser activada, sólo se inhibe cuando la seguridad se percibe claramente» (p. 5).</p> <p>Muchos estudios sugieren (Kim & Whalen, 2009; Kim, et al., 2010, 2011; Davidson & McEwen, 2012; Urry et al., 2006) que la respuesta al estrés no se desencadena, sino que se desinhibe» (p. 6).</p> <p>«Es importante destacar que estudios más recientes han demostrado que incluso si se dispone de señales de seguridad, a menudo no se reconocen (p. Ej., Maren et al., 2013; Melzig et al., 2009; Pappens et al., 2014; Ruiz-Padial et al., 2003; Wendt et al., 2015). Además, no reconocer la seguridad no se limita a las personas que sufren de factores estresantes o ansiedad (Pappens et al., 2014; Ruiz-Padial et al., 2003; Wendt et al., 2015). Existen influencias individuales y dependientes del estado en el no reconocer la seguridad que parecen estar fuertemente asociadas con el nivel de actividad del sistema nervioso autónomo, especialmente la rama parasimpática, servida principalmente por el nervio vago y, por lo tanto, a menudo se llama actividad vagal. La alta actividad vagal se refleja en una alta variabilidad de la frecuencia cardíaca (VFC) De hecho, el simple hecho de tener una baja variabilidad de la frecuencia cardíaca en reposo (VFC) parece suficiente para no reconocer la seguridad y, por lo tanto, la percepción de inseguridad generalizada (IG)» (p. 8).</p>

Tabla 11

Matriz de investigaciones afines a la categoría respuestas neurofisiológicas a la interacción, dimensiones pautas somáticas y coregulación

Autor Título Fecha	Porges Neuroception: A Subconscious System for Detecting Threats and Safety 2004	Schore, J., & Schore, A. Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment 2008	Porges Making the World Safe for our Children: Down-regulating Defence and Up-regulating Social Engagement to “Optimise” the Human Experience 2015	Kolacz, Dale, Nix, Roath, Lewis, y Porges Adversity History Predicts Self-Reported Autonomic Reactivity and Mental Health in US Residents During the COVID-19 Pandemic 2020	Procyk The Magic of Polyvagal Theory: Inviting Vulnerability and Facilitating Safety Through Coregulation, Touch, and Micro Interactions 2020
Aportes	<p>«Una expresión facial plana (más que enfadada) puede provocar una neurocepción de peligro o miedo o interrumpir el desarrollo de conexiones sociales normales, espontáneas, interactivas y recíprocas. Por ejemplo, el afecto plano de un progenitor deprimido o el afecto plano de un niño enfermo pueden activar una espiral transaccional que resulta en una regulación emocional comprometida y una implicación social espontánea limitada» (p. 22).</p> <p>«Los individuos con trastornos de ansiedad y depresión tienen afectada la conducta social y dificultades para regular su ritmo cardíaco, como se refleja en las mediciones del control vagal del corazón y la expresividad facial reducida» (p. 23).</p> <p>El desarrollo inmaduro del bebé limita su capacidad de desplazarse. La creación de vínculos no depende de la conducta motora voluntaria (vías cortico-espinales), sino de la regulación de los músculos de la cara y la cabeza (vías cortico-bulbares), que están suficientemente mielinizadas al nacer y permiten la comunicación del bebé con la madre mediante vocalizaciones y gestos, para la creación del vínculo.</p>	<p>«Mears (2005) describe: “No sólo el terapeuta está inconscientemente influido por una serie de señales leves y, en algunos casos, subliminales, también lo está el paciente. Los detalles de la postura, la mirada, el tono de voz e incluso la respiración del terapeuta se registran y procesan. Un terapeuta sofisticado puede usar este procesamiento de una manera beneficiosa, potenciando un cambio en el estado del paciente sin, o además, del uso de palabras (p. 124)”» (p. 14).</p> <p>«Las comunicaciones prosódicas de cerebro derecho a cerebro derecho también actúan como un vehículo esencial de comunicaciones implícitas dentro de la relación terapéutica. El hemisferio derecho es importante en el procesamiento de la “música” detrás de nuestras palabras. Cuando escuchamos el habla, confiamos en una variedad de señales en las que basar nuestra inferencia en cuanto a la intención comunicativa de los demás. Para interpretar el significado del habla, la forma en que se dice algo es tan importante como lo que realmente se dice. La prosodia transmite diferentes matices de significado mediante variaciones en el acento y el tono, independientemente de las palabras y la construcción gramatical (Mitchell et al. 2003). Estos datos apoyan las sugerencias de que los elementos preverbales del lenguaje (entonación, tono, fuerza y ritmo) provocan reacciones derivadas de las primeras relaciones madre-hijo (Greenson 1978)» (p. 14).</p>	<p>«Las señales ambientales que provocan sentimientos de seguridad tienen el potencial de reclutar los circuitos neuronales evolutivamente más avanzados (por ejemplo, vías vagales ventrales) que apoyan los comportamientos prosociales del Sistema de Compromiso Social. Por ejemplo, la voz de una madre tiene la capacidad de calmar a su bebé. A medida que el bebé escucha las vocalizaciones melódicas de la madre, los detectores de «características» en el cerebro del bebé interpretan la voz como un reflejo del estado de la madre como calma y su presencia como segura y solidaria. Esta secuencia no es aprendida, sino un proceso adaptativo evolucionado que permite que las señales sociales regulen el estado bioconductual. Se observan efectos calmantes similares de las vocalizaciones prosódicas en otras especies de mamíferos, en las que las vocalizaciones prosódicas son indicadores efectivos de intenciones seguras» (p. 119).</p> <p>«Los estados de movilización comprometen nuestra capacidad para detectar señales sociales positivas. Funcionalmente, los estados viscerales distorsionan o colorean nuestra percepción de los demás. Por lo tanto, las características de una persona que interactúa con otra pueden resultar en una variedad de resultados «neuroceptivos», dependiendo del estado fisiológico del individuo objetivo. Si la persona comprometida se encuentra en un estado en el que el sistema de participación social es fácilmente accesible, es probable que se produzca una interacción prosocial recíproca. Sin embargo, si el individuo se encuentra en un estado de movilización, la misma respuesta atractiva podría ser respondida con características asociadas de retraimiento o agresión. En tal estado, podría ser difícil frenar el circuito de movilización para permitir que el Sistema de Compromiso Social vuelva a funcionar» (p. 119).</p> <p>«Sin embargo, el canal auditivo puede ser más accesible al estado regulador. La influencia predominante de la voz de la madre para calmar a un bebé inquieto es una demostración de este efecto. Es muy poco probable que la sonrisa de la madre sea suficiente para calmar al niño» (p. 121).</p>	<p>«La experiencia previa con la adversidad puede sensibilizar al sistema nervioso hacia cambios más pronunciados en la salud física y mental en respuesta al peligro (15, 26-28). En los seres humanos, el sistema nervioso autónomo es sensible en el desarrollo a las señales de seguridad y amenaza y muy sensible a las condiciones ambientales (29-31)» (p. 2).</p> <p>«Niños y adultos con antecedentes de maltrato infantil tienen más probabilidades de tener una actividad parasimpática atenuada (32, 33). La actividad parasimpática amortiguada se asocia con trastornos de estrés postraumático (19) y se puede observar en adultos con antecedentes de maltrato incluso cuando no cumplen con la clínica o una vía causal entre el maltrato infantil y la regulación autonómica se ha demostrado mediante estudios de intervención aleatorizados» (p. 2).</p> <p>«Los resultados son consistentes con TP e investigación previa y sugieren que las personas que experimentan adversidad tienen un mayor riesgo de desarrollar respuestas de amenazas crónicas y sensibilizadas a nuevos desafíos (27, 32). También son consistentes con investigaciones que sugieren que la desregulación autónoma es un componente de enlace que se encuentra en una variedad de condiciones clínicas que incluyen ansiedad (70), trastornos del control de impulsos (71), trastorno límite de la personalidad (72)» y trastorno de estrés postraumático (73)» (p. 8).</p> <p>«En la actualidad, existe evidencia sustancial de que la estimulación del nervio vago puede mejorar los síntomas de depresión (22, 23) y modular la ansiedad y el miedo (24, 25), lo que respalda una conexión causal entre la señalización autónoma y el bienestar emocional» (p. 8).</p>	<p>«El clínico debe dar los primeros pasos para educar a los clientes en la relación entre sus estados emocional y su sistema nervioso y su habilidad para autoregular y coregular el malestar, no solo en sesiones de terapia sino en sus experiencias cotidianas (Dana, 2015 2018b)» (p. 25).</p> <p>«El ritmo y el tono de los sonidos juega un papel importante en la transmisión de un mensaje de seguridad autorregulado. A diferencia de muchas otras microinteracciones, es más difícil para las personas evitar que su sistema nervioso detecte y reaccione de manera neuroceptiva. Esto hace que la prosodia y la entrada auditiva sean un portal excepcionalmente importante para que los médicos comiencen las prácticas de coregulación (Levine et al., 2015, p. 28). La conciencia del efecto de la prosodia en los estados internos y la capacidad de participación interpersonal pueden ayudar a los clientes a interactuar con otros de manera que apoyen la conexión y disminuyan la reactividad defensiva» (p. 42).</p>

Autor	Harrigan, J	Kappas, Krumhuber y Küster	Patel y Scherer	Adams, Nelson y Purring	Buck y Powers	Schmid Mast y Cousin
Título	Methodology: coding and studying nonverbal behavior	Facial behavior	Vocal Behavior	Eye Behavior	Encoding and display: a developmental-interactionist model of nonverbal sending accuracy	Power, dominance, and persuasion
Fecha	2013	2013	2013	2013	2013	2013
Aportes	<p>«Cinco clásicos dominios no verbales históricamente distinguidos: acciones faciales, señales vocales, proxémica (uso y percepción del espacio), mirada y cinética (movimiento de cabeza, cuerpo, brazos y piernas)» (p. 36).</p> <p>Entre los cinco dominios, las acciones faciales son el vehículo más importante para expresar emoción.</p> <p>«El dominio del comportamiento vocal, también denominado "paralenguaje" (Street 1990; Trager 1958), incluye características acústicas de la voz (p. ej., tono) e interrupciones del habla y sonidos no lingüísticos (p. ej., tartamudeo). [...] Las características acústicas que se extraen con mayor frecuencia son el tono (es decir, la frecuencia fundamental), el tempo (es decir, la velocidad del habla) y el volumen (es decir, la amplitud o la intensidad), pero otras medidas son el control de los labios y la articulación, el ritmo, la respiración, la nasalidad y la resolución. nance (Poyatos 1993; K.R. Scherer 1979)» (p. 40).</p>	<p>«Tanto Ekman (p. ej., 1992; también Ekman y Cordaro 2011) como Izard (p. ej., 1997) proponen que existe un repertorio emocional central, formado por un pequeño número de emociones fundamentales, por ejemplo, felicidad, tristeza, miedo, asco, ira, desprecio y sorpresa (Ekman 1982, 1984). Con base en la noción del programa afectivo, se cree que cada una de estas emociones es innata, categóricamente distinta y caracterizada por respuestas fisiológicas, expresivas y subjetivas específicas (Ekman 1999)» (p. 139).</p> <p>«Las teorías de evaluación conciben las emociones como patrones de respuesta emergentes dinámicamente que resultan de una serie de evaluaciones de evaluación (Ellsworth 1991; Roseman 1991; Scherer 1984, 2001, 2009)» (p. 139).</p>	<p>«Una gran cantidad de información se comunica de forma no verbal con la voz, como los rasgos físicos y de personalidad del hablante, y los estados e intenciones fisiológicos y psicológicos» (p. 167).</p> <p>«Un aspecto esencial de una comunicación que funcione bien es que las señales codificadas por el emisor sean accesibles para el receptor y puedan interpretarse correctamente. En el caso de la comunicación vocal, esto se refiere a la capacidad de los órganos de los sentidos auditivos del oyente humano para captar las diferenciaciones acústicas en la vocalización percibida que transmiten información sobre los rasgos, estados e intenciones del emisor» (p. 176).</p> <p>«Se ha demostrado que el comportamiento vocal cambia bajo una variedad de condiciones anormales que incluyen estrés, ansiedad, depresión y esquizofrenia (Cohen et al. 2008)» (p. 180).</p>	<p>La mirada: «Recopilamos información sobre nuestro entorno y los demás buscando determinar las motivaciones e intenciones de los demás. Von Cranach (1971) describió la mirada como un componente del "comportamiento orientador" que los humanos comparten con otros animales. La función de envío se ejerce tanto en la "regulación" de los turnos de hablante-oyente en la conversación, como en la "expresación" o revelación de interés, emoción y actitud (Kendon, 1967)» (p. 47).</p> <p>«Los pacientes con lesión de la amígdala hacen menos contacto visual (Spezio et al. 2007c), pero cuando se les indica explícitamente que presten atención a los ojos, la precisión del reconocimiento de emociones mejora, en particular para las expresiones de miedo en las que la región del ojo es una fuente importante de información (Adolphs et al. 2001)» (p. 234).</p> <p>Las personas son calificadas como más simpáticas y atractivas cuando miran hacia nosotros en lugar de mirar hacia otro lado (Mason, Tatkov y Macrae 2005). Las calificaciones de amabilidad y confiabilidad también están influenciadas por la dirección de la mirada, especialmente cuando el perceptor está de buen humor y, por lo tanto, es más probable que use heurísticas en el procesamiento (Wyland y Forgas 2010). La dirección de la mirada también modula las respuestas relacionadas con la amenaza a los rostros de otras razas» (p. 238).</p>	<p>«Comunicación espontánea: No hay intención de codificar un mensaje por parte del emisor. Sin embargo, las emociones del remitente pueden mostrarse mediante la expresión facial, el tono de voz u otros aspectos del lenguaje corporal» (p. 405).</p> <p>Se caracteriza por ser: Biológicamente compartida, Espontánea: la visualización es una respuesta automática. Usar signos: aspectos naturalmente accesibles desde el exterior del referente. No proposicionales: estados motivacionales-emocionales. Hemisferio derecho.</p> <p>«Un creciente cuerpo de investigación empírica muestra que la capacidad de procesamiento receptivo no verbal está asociada con la adaptación personal y social» (p. 447).</p> <p>«Se ha encontrado que una precisión receptiva no verbal más baja, medida principalmente por pruebas de precisión semántica, está asociada con una variedad de indicadores de dificultades sociales que incluyen una popularidad más baja (Collins y Nowicki 2001), discapacidades de aprendizaje verbal y no verbal (Clark 1992; C. W. Hall et al. 1999), problemas de externalización y trastorno de conducta (Cadesky, Mota y Schachar 2000; Stevens, Charman y Blair 2001), depresión (Chen, Tseng y Huang 2003; Nowicki y Carton 1997), trastorno bipolar (Brotman et al. 2008), ansiedad social (Melfsen y Florin 2002; Walker y Nowicki en prensa) y Síndrome de Williams (Skwerer et al., en prensa)» (p. 448).</p>	<p>«En toda interacción social se negocia continuamente dos dimensiones mayores: afiliación (cordialidad, amistad, calidez) (Hall, Coats, and Smith LeBeau 2005), y control (poder, dominancia, influencia) (Kiesler and Auerbach 2003; Moskowitz 1993; Tiedens and Jimenez 2003; Wiggins 1979)» (p. 613).</p> <p>Señales no verbales que expresan verticalidad-dominancia: volumen más alto al hablar, interrumpir al otro (Hall, Coats, and Smith LeBeau 2005), mirar a los ojos directamente, mantener la mirada (Burgoon et al. 1996); dominancia visual o mirar más tiempo mientras interactúa. (p. 809-821).</p> <p>Percepción de verticalidad-dominancia: ver más al otro, sonreír menos, alzar más las cejas, cabecear más, hablar en volumen más alto, variar más la entonación, tono más bajo, interrumpir más, pausar menos, dudar menos, menos interrupciones, reír más (Hall, Coats, and Smith LeBeau, 2005) (p. 810).</p>

12. Análisis de los resultados

La conducta del profesional de salud influye sobre el paciente, y viceversa. Aunque tal afirmación ha sido postulada teóricamente y demostrada, las investigaciones sobre la interacción en proveedor de salud y paciente no consideran el fenómeno de la retroalimentación, solo estudian un segmento del proceso (Hall y Knapp, 2013; Jara, 2019). Solo una investigación muy reciente se preocupa de esto.

Entre los artículos examinados, trece abordan el tema de la interacción proveedor de salud-paciente. De éstos, dos (Hassan et al., 2007; Lavelle et al., 2015) estudia este fenómeno como un fenómeno de ida y vuelta o bucle, y abordan tanto las señales verbales y no verbales tanto del proveedor de salud como del paciente. El estudio de Lavelle (2015) evidencia la relación entre las señales no verbales de los pacientes con el comportamiento no verbal del psiquiatra. Hassan (2007), por su parte, expone cómo los médicos reaccionan a las conductas de los pacientes con estrategias evitativas que a su vez producen en los pacientes una pasividad no productiva; por otra parte cuando los doctores adoptan un estilo de comunicación hostil, crítico, o exageradamente involucrado, los pacientes protestan y se ponen en contra del profesional. En ambos casos, se evidencia que los profesionales culpan a la enfermedad del resultado negativo, sin asumir su rol desregulador. No hay una visión sistémica del proceso.

El resto lo hace parcialmente. Por ejemplo, cuatro artículos (Benito et al., 2020; Cleary et al., 2012; Drossman y Ruddy, 2019; Muusse, Kroon, Mulder, y Pols, 2020) desarrollan el tema de las señales no verbales que emite o podría emitir intencionadamente el proveedor (vectorial), en forma de recomendaciones de conducta.

De los restantes siete artículos, algunos definen teóricamente la interacción como un bucle otros no, sin embargo todos la estudian como un vector, sin plantearse la afectación mutua, y se enfocan en lo cognitivo, describiendo solo las señales verbales emitidas bien por el proveedor de salud, bien por el cliente (Cárcamo et al., 2019; Carrara et al., 2019; Douglas et al., 2016; Gaminde, 2002; Noreña-Peña et al., 2010; Pileño et al., 2018; Shea y Lionis, 2018).

En el marco de la atención en salud mental, ambos grupos sociales —proveedores de salud y pacientes— se definen primordialmente como **diferentes** unos de otros. Estas diferencias importan, están arraigadas en el cuerpo, y tienen consecuencias prácticas que entorpecen el esfuerzo por sanar (Corrigan, 2004a; Link y Phelan, 2001; Link y Stuart, 2017; Martin y DiMatteo, 2013).

Los proveedores de salud ocupan un estatus preferencial en la estructura social (Gaminde, 2002) que les otorga mayores oportunidades de participación, influencia y jerarquía (Perez Cruz, 2015; Vivas i Elias et al., 2009). Tales ventajas traen aparejadas altas expectativas que ejercen presión sobre los hombros del profesional (Aritzeta y Ayestarán, 2003). Prestar servicios en el campo de la salud mental involucra, en concreto, sobrecarga de trabajo (Drossman y Ruddy, 2019). En el primer mundo, debido a los cambios en la administración de los sistemas de prestación de salud, los médicos, psiquiatras y psicólogos ven ahora reducido el tiempo que pueden ofrecer en cada cita (Gaminde, 2002). Si bien haría falta una revisión de esta situación en países en desarrollo como el nuestro, la observación directa de las citas otorgadas en el sistema de salud pública en el Ecuador demuestra que esto se verifica también en nuestro medio. La presión es la misma en el sistema privado de prestaciones, y en el estatal tal vez con otros motivos, no de capitalizar sino de administrar con presupuestos bajos o inexistentes. Sea cual fuere la razón, acortar la duración de las sesiones, y no poder ofrecer constancia a lo largo del tiempo en la elección del profesional (Douglas et al., 2016) dificulta el rapport, genera desconexión, frustración y respuestas defensivas de lado y lado; es todo menos un encuentro humano (Drossman, 2013; Drossman y Ruddy, 2019; Gaminde, 2002).

El profesional está en contacto con los aspectos más críticos de la totalidad que es la persona del paciente. La exposición al sufrimiento, la conflictividad, la frustración y la desesperanza elevan el riesgo de agotamiento emocional y físico, y la experiencia subjetiva de fracaso y falta de sentido de vida (Benito et al., 2020; Corrigan et al., 2012; Patten, 2016, citado en Knaak et al., 2017). En otras palabras, el trabajo es emocional y moralmente amenazante para el profesional, se percate o no de ello (Yang et al., 2007).

Tales circunstancias se capean apelando al estatus y la jerarquía, que permiten al proveedor de salud interrelacionarse verticalmente, desde el poder (Link y Phelan, 2001) y ejercer roles convencionales, deshumanizados y vaciados de contacto emocional (Cárcamo et al., 2019; Carrara et al., 2019), eventualmente hostiles y coercitivos (Noreña-Peña et al., 2010). Este fenómeno no puede atribuirse a las decisiones de unos cuantos individuos «malos», son procesos enraizados en el espacio social (Yang et al., 2007).

Por su parte, el estatus social de las personas que sufren de trastornos mentales ha sido gravemente devaluado a consecuencia de su condición (Angermeyer y Matschinger, 1996; Corrigan, 2004b; Jara, 2019; Knaak et al., 2017; Link y Phelan, 2001; Link y Stuart, 2017), lo que constituye una amenaza constante (Steele y Aronson, 1995, citados por Link y Phelan, 2001), puesto que por una u otra vía, el etiquetado, el estereotipo, la separación y la discriminación, comprometerán su calidad de vida, mermarán sus redes sociales y las

oportunidades de sanar (Corrigan et al., 2014) y desarrollarse, satisfacer todo el espectro de necesidades, e interactuar con el mundo (Goffman, 2006; Knaak et al., 2017; Link y Phelan, 2001).

La información recopilada muestra que ambas partes de la interacción en estudio habitan contextos que perciben como amenazantes para sí mismos y para sus vínculos cercanos (Benito et al., 2020; Cleary et al., 2012; Douglas et al., 2016; Gaminde, 2002; Jara, 2019; Pileño et al., 2018; Shea y Lionis, 2018) y esto se ve reflejado en sus cuerpos (Hall y Knapp, 2013; Yang et al., 2007).

Los hallazgos de investigación en lo referido a la dimensión **regulación de la excitación** permiten entender que las subidas o bajadas en el grado de activación del sistema nervioso autónomo son la respuesta fisiológica adaptativa a la evaluación que hacemos de los eventos internos y externos a los que prestamos atención (Gross, 2014; Linehan, 2015). El grado de excitación se correlaciona con la experiencia subjetiva de manera bidireccional, el estado fisiológico influye en las cogniciones y afectos, y éstos al modificarse, cambian la fisiología (Porges, 2015).

Muchos de los trastornos mentales provienen de la experiencia del sufrimiento y el trauma, que conllevan entre otras consecuencias, dificultades para autorregular la excitación autónoma (Kolacz et al., 2020; Ogden y Fisher, 2016; Porges, 2004; Siegel, 2007) e inhibir los impulsos de comportamiento inadecuado para dar paso a un accionar dirigido a objetivos, calmarse y redirigir la atención (Linehan, 2015, p. 6).

De acuerdo a la teoría polivagal, son tres los estados autonómicos: parasimpático vagal ventral, simpático, y parasimpático vagal dorsal. Cada estado sostiene una gama de conductas y reacciones: el estado vagal dorsal conduce al colapso, la desconexión y la inmovilización; la activación simpática promueve la movilización lucha/huida; y finalmente, el estado vagal ventral relaja las defensas y facilita la confianza, la cercanía, el juego, la creación de vínculos (Porges, 2001, 2007, 2016). Desde este estado, un proveedor de salud puede regular a la baja la excitación simpática del paciente y entablar vínculos positivos (Porges, 2015).

Los avances en neurobiología y teoría evolutiva sostienen que la respuesta defensiva es nuestro estado autónomo por defecto o predeterminado, el cual es inhibido cuando en el ambiente se manifiestan pautas de seguridad (Brosschot, Verkuil, y Thayer, 2017). La evaluación automática e involuntaria de riesgos en el entorno (y particularmente en las pautas somáticas de otros) fue denominada neurocepción por el creador de la teoría polivagal (Porges, 2004). Esta función puede quedar comprometida por la recurrencia conjunta de alta excitación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (Maren et al., 2013;

Melzig et al., 2009; Pappens et al., 2014; Ruiz-Padial et al., 2003; Wendt et al., 2015; citados por Brosschot et al., 2017) con actividad parasimpática atenuada (Kolacz et al., 2020).

En el entorno psiquiátrico interactúan factores neurobiológicos y socioambientales que pueden conducir, tanto en los pacientes como en los profesionales (Meares, 2005, citado por J. Schore y Schore, 2008), a estados de movilización simpática o inmovilización vagal dorsal (Beattie et al., 2019; Porges, 2016). Tal reactividad fisiológica no adaptativa vuelve probables las respuestas desmesuradas o inflexibles a situaciones equívocamente evaluadas como amenazantes, cuando en concreto no lo son (Beattie et al., 2019; Porges, 2016, 2021), por ejemplo, los pacientes pueden neuroceptar amenaza frente al rostro plano e inexpresivo de un enfermero (Porges, 2004) o «desencadenarse» a partir de decodificar como una humillación las indicaciones dadas en voz muy alta por un terapeuta ocupacional de mirada directa y cejas en alto (Martin y DiMatteo, 2013; Ogden y Fisher, 2016).

Las emociones e intenciones se comunican no verbalmente mediante «acciones faciales, señales vocales, mirada, proxémica (uso y percepción del espacio), y cinética (movimiento de cabeza, cuerpo, brazos y piernas)» (Harrigan, 2013). De entre estos cinco dominios históricamente reconocidos, la teoría polivagal considera los tres primeros — gestos faciales, vocalización, mirada— junto con el movimiento de la cabeza, la escucha, y los movimientos de deglución y masticación—, como componentes del sistema de conexión social, puesto que los músculos que ejecutan su movimiento se encuentran neuralmente supeditados al control vagal del corazón (Porges, 2016). Se los denomina pautas somáticas para señalar que son hábitos aprendidos durante el desarrollo, automatizados por aprendizaje procedimental (Ogden y Fisher, 2016). Las pautas somáticas no son voluntarias, comunican espontáneamente (Buck y Powers, 2013) y sin control por parte del emisor sus evaluaciones del entorno, sus motivaciones y emociones momento a momento a través de externalizar los correlatos fisiológicos de tales estados (Gross, 2014; Kappas, Krumhuber, y Küster, 2013), pero además, en tanto fueron modeladas por las primeras experiencias de interacción con las figuras de apego, expresan la visión y relación con el mundo adquirida entonces (Ogden y Fisher, 2016). Por ejemplo, el tono de voz de una cierta enfermera tiende a ser el mismo siempre, su matiz autoritario no sólo responde a las exigencias de su rol, estados fisiológicos, psicológicos e intenciones actuales, sino que está exteriorizando las estrategias que resultaron exitosas para responder a las demandas de su familia de origen y que conformaron su personalidad durante su infancia. Aunque son inconscientes, es posible traer a la consciencia estos hábitos gestuales y de vocalización, para modificarlos.

Destacados estudiosos del lenguaje no verbal como Ekman e Izard plantean que las emociones básicas producen un estado fisiológico, una experiencia subjetiva y un comportamiento expresivo específico y universal; la socialización cultural modelaría qué, cuándo y a quién y cómo dirigir esta expresión (Kappas et al., 2013). Los teóricos de la evaluación no concuerdan con la idea de programas neuromotores genéricos, y plantean que las emociones dependen de cómo cada individuo evalúa el entorno, en función de sus objetivos, y movilizan cambios variados en múltiples subsistemas interconectados (Scherer, 1984, citado por Kappas et al., 2013). Estas evaluaciones no ocurren solo en el presente sino que se van sumando, reafirmando cierta visión del mundo acumulada en la persona. Por último, la teoría dimensional organiza los estados emocionales por polaridades básicas, tales como valencia, excitación y dominancia o potencia (Bradley y Lang, 1994, citado por Kappas et al., 2013). Tal visión simplifica la categorización de comportamientos no verbales. Hay un 90% de las probabilidades de estimar correctamente que un paciente se encuentra feliz —valencia positiva— (Scherer y Scherer, 2011, citado por Kappas et al., 2013).

Las imprecisión en la emisión y en la recepción no verbal se asocia con indicadores sociales bajos, problemas de adaptación personal y social, y con trastornos mentales (Adams, Nelson, y Purring, 2013; Buck y Powers, 2013).

La escucha permite distinguir en la voz del hablante «atributos físicos, personalidad, estados e intenciones fisiológicas y psicológicas» (Patel y Scherer, 2013). El comportamiento vocal refleja los estados anormales (Cohen et al., 2008, citado por Patel y Scherer, 2013), y afecta al receptor ocasionalmente fuera de su consciencia. El canal auditivo tiene gran capacidad reguladora, como lo demuestra el influjo calmante de la voz materna (Porges, 2015); la modulación, tono, fuerza y ritmo del habla evocan reacciones fundadas en las relaciones de apego (J. Schore y Schore, 2008) y pueden emplearse conscientemente para que otra persona neurocepte seguridad (Procyk, 2020).

Un hablante con tonalidad baja y volumen alto, que habla sin pausas, en conjunto con una mirada directa y sostenida mientras se interactúa produce una neurocepción de verticalidad/dominancia (Schmid Mast y Cousin, 2013). Un hablante que mira mientras habla es percibido como amable y simpático (Adams et al., 2013).

13. Interpretación de los resultados

Bateson, Watzlawick y los teóricos de Palo Alto establecieron ya a mediados del siglo pasado el concepto de la comunicación —y de la interacción, a consecuencia— como un fenómeno de afectación mutua —un bucle— a partir del intercambio de señales verbales y no verbales. A pesar de que esta idea se da por sentada, la gran mayoría de los estudios que revisamos indagan sobre la interacción entre proveedor de salud y paciente como si ésta consistiera en un vector emisor-receptor. Reflexionan sobre las conductas de uno u otro, o en otros casos, abordan la interacción como un proceso cognitivo-verbal de transmisión de información, y dejan de lado el componente no verbal en la interacción.

Drossman y Ruddy (2019) hacen una útil recopilación, a partir de varios estudios, de comportamientos verbales y no verbales que afectan la comunicación (Anexo 1). Cabe señalar que los autores se enfocan en el uso intencionado de conductas, y dejan de lado el aspecto de las pautas somáticas conductuales que emite el profesional fuera de su voluntad. Se repite en este caso la postura vectorial: analizar la interacción como un fenómeno emisor-receptor.

El progresivo cambio en la comprensión de la salud como bienestar biopsicosocial, y la crítica a los establecimientos psiquiátricos trajo consigo enormes mejoras en el manejo hospitalario en salud mental. Se ha conseguido instaurar niveles de buen trato y de respeto a los internos, mejorar las condiciones físicas y elevar el nivel de la atención. Sin embargo, como dice Porges, la presencia manifiesta de la ley y el orden, y la ausencia del riesgo de lesiones no es seguridad. El hospital psiquiátrico no permite la neurocepción de seguridad, aunque haya guardias controlando, o los profesionales ahora comprendan y sigan las reglas de no violentar a los pacientes, porque a menudo los proveedores de salud como sus pacientes se encuentran en un estado de activación, con las defensas altas. Unos y otros, salvando las distancias, habitan mundos poblados de factores estresantes, en los que «lo que más importa está en riesgo».

En lo relativo al profesional, observamos un probable escenario de determinismo recíproco en la IPS-P —un círculo vicioso—. El sanitario está sometido a las presiones propias de su estatus, sufre trauma vicario por compasión —su compromiso empático con el sufrimiento ajeno—, lo agota la carga laboral, las condiciones que trata y los escasos resultados positivos. Se quemaba física y emocionalmente. Se defiende con respuestas defensivas. Su distanciamiento o enojo se reflejan en sus pautas somáticas y amenazan al

paciente. Este no mejora, abandona el tratamiento, se vuelve hostil, etc. Esto incrementa la frustración.

En lo relativo al paciente, su pasado ha moldeado sus respuestas a la interacción, a la que por principio percibe por debajo de la consciencia como peligrosa. Su neurocepción deteriorada lo lleva a dirigir su atención prioritariamente hacia estímulos que confirmen sus expectativas de amenaza, y a valorarlos de manera inadecuada, no tanto en función de la situación ambiental sino de la experiencia previa. Se les dificulta sentirse seguros, incluso cuando aparentemente lo están. El gesto plano de un profesional, una mirada penetrante, unos ojos muy abiertos con los párpados tensos y las cejas levantadas, combinadas con un tono de voz firme y carente de melodía pueden desatar en el paciente una respuesta de amenaza, aun cuando la persona que posee tal expresión facial incorporada a su fisonomía por hábitos adquiridos durante su desarrollo y esta no corresponda con su intención presente o con su discurso.

La teoría polivagal plantea el estado fisiológico como «parte fundamental, y no un correlato, de la emoción y el estado de ánimo» (Porges, 2015). Al hacerlo, abre la puerta a una serie de abordajes abajo-arriba, que toman en cuenta la consciencia de la experiencia presente y el uso intencionado de la comunicación no verbal con el fin de coadyuvar a reencuadrar la percepción del peligro y regular las emociones. Este es un conocimiento relevante, cuando comprendemos que «la respuesta al estrés no se desencadena, sino que se desinhibe» (Kolacz et al., 2020) —vale decir, está siempre lista para ser actuada—, y solo se inhibe cuando la percepción de seguridad es plenamente clara. Esta es la tarea de todo aquel proveedor de salud que forma parte de la cotidianidad de quien sufre un trastorno mental, y aún más allá, de todo profesional responsable de poblaciones vulnerables.

Conclusiones

Los factores sociales, psicológicos y fisiológicos influyen sobre la calidad de la interacción entre proveedores de salud mental y pacientes. Los estatus de unos y otros se ubican en extremos polares de la estructura social: los profesionales de salud gozan de poder e influencia, mientras que los pacientes enfrentan el peso del estigma que los etiqueta, separa, estereotipa y discrimina, disminuyendo gravemente su calidad de vida.

Las expectativas puestas sobre el rol del proveedor de salud mental de ofrecer resultados favorables en un campo científico joven e incierto, la baja tasa de resultados favorables y la sobrecarga de trabajo reducen su sentido de vida y su satisfacción. Por su parte, la presencia del trastorno mental es la consecuencia del sufrimiento físico, psicológico y social. A su manera, ambos experimentan formas de amenaza: «todo lo que importa» está en juego. La neurocepción de inseguridad, apropiada o no a la situación real, activa estados autonómicos simpáticos de lucha/huida o de inmovilización.

Las pautas somáticas son moldeadas durante el desarrollo por las experiencias tempranas de apego, y son actuadas inconscientemente a manera de patrones. En una situación cotidiana pueden comunicar dominancia, superioridad o ira, aunque el profesional no se identifique con tal experiencia, puesto que son hábitos de respuesta a situaciones del pasado. La evaluación negativa de estas señales por parte del paciente puede desatar episodios de hiper o hipoexcitación aparentemente gratuitos.

El trabajo en salud mental requiere de importantes dosis de respeto, empatía, centramiento, humanidad y compasión, una compasión que involucre acciones. Una acción concreta y plausible para incidir en la recuperación de las personas que están bajo nuestro cuidado, es prepararnos para jugar un rol de correguladores de esa excitabilidad comprometida y traerlos de vuelta a percibir que la confianza es posible.

Un camino directo y efectivo para modificar la neurocepción de inseguridad en los pacientes es ofrecer intencionalmente señales de seguridad que permitan regular a la baja la excitación vagal dorsal: entonación baja, volumen medio, pausas para respirar y escuchar, mirada directa con ojos relajados, cejas y frente relajadas, sonrisas. Para estar en capacidad de reconocer y modificar conscientemente nuestra entonación, mirada o gestos, es una responsabilidad ética encontrarnos, en la medida de lo posible, en un estado autoregulado vagal ventral. Sin un grado de autoconsciencia, al igual que aquellos que están bajo nuestra responsabilidad, seremos impulsados neurológicamente a simplemente reaccionar, y estas reacciones no tienen el mismo peso ni son evaluadas de la misma manera, porque ocupamos

un espacio privilegiado en la estructura social. El otro tendrá las de perder. Ético es hacer un uso consciente del poder que se nos ha asignado.

Lista de referencias

- Adams, R., Nelson, A., y Purring, K. (2013). Eye behavior. En J. Hall y M. Knapp (Eds.), *Nonverbal Communication* (pp. 229-261). Berlín: De Gruyter Mouton.
- Analuisa, P. (2016). *Análisis del plan estratégico nacional de salud mental 2015-2017 de Ecuador en relación a los elementos propuestos para la elaboración de planes de salud mental de la Organización Mundial de Salud* (Tesis de maestría, Universidad San Francisco de Quito USFQ). Universidad San Francisco de Quito USFQ. Recuperado de <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/6012>
- Angermeyer, M. C., y Matschinger, H. (1996). The effect of personal experience with mental illness on the attitude towards individuals suffering from mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31(6), 321-326. <https://doi.org/10.1007/BF00783420>
- Aritzeta, A., y Ayestarán, S. (2003). Aplicabilidad de la teoría de roles de equipo de Belbin: Un estudio longitudinal con equipos de trabajo. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 56(1), 61-75.
- Bailey, R., Dana, D., Bailey, E., y Davis, F. (2020). The Application of the Polyvagal Theory to High Conflict Co-Parenting Cases. *Family Court Review*, 58(2), 525-543. <https://doi.org/10.1111/fcre.12485>
- Bateson, G. (1987). *Steps to an Ecology of Mind*. Londres: Jason Aronson. Recuperado de [http://www.edtechpost.ca/readings/Gregory Bateson - Ecology of Mind.pdf](http://www.edtechpost.ca/readings/Gregory%20Bateson%20-%20Ecology%20of%20Mind.pdf)
- Beattie, J., Griffiths, D., Innes, K., y Morphet, J. (2019). Workplace violence perpetrated by clients of health care: A need for safety and trauma-informed care. *Journal of Clinical Nursing*, 28(1-2), 116-124. <https://doi.org/10.1111/jocn.14683>
- Benito, E., Rivera-Rivera, P., Yaeguer, J., y Specos, M. (2020). Presencia, autoconciencia y autocuidado de los profesionales que trabajan con el sufrimiento. *Apuntes de Bioética*, 3(1), 72-88. <https://doi.org/10.35383/apuntes.v3i1.399>
- Bogolepova, I. N., y Malofeeva, L. I. (2000). The developmental characteristics of speech-motor areas 44 and 45 in the left and right hemispheres of the human brain in early postnatal development. *Morfologiya (Saint Petersburg, Russia)*, 117(2), 13-18.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss, Volume I: Attachment* (2da ed.). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1996). Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego. En *Aplicaciones Clínicas de una Teoría del Apego*.
- Brammell, A. (2020). *Imagining a Polyvagal and Trauma-Informed Elementary School Classroom : A Depth Psychological Approach* (Trabajo final de Master). Pacifica Graduate Institute.
- Brosschot, J., Verkuil, B., y Thayer, J. (2017). Exposed to events that never happen: Generalized unsafety, the default stress response, and prolonged autonomic activity. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 74, 287-296. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.07.019>
- Buck, R., y Powers, S. (2013). Encoding and display: a developmental-interactionist model of nonverbal sending accuracy. En J. Hall y M. Knapp (Eds.), *Nonverbal Communication* (pp. 403-440). Berlín: De Gruyter Mouton.

- Camas Baena, V. (2018). Salud mental comunitaria, atención primaria de salud y universidades promotoras de salud en Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 1-6. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.162>
- Campos Ocampo, M. (2017). *Métodos de investigación académica*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica. Recuperado de [http://repositorio.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/76783/Campos Ocampo%20Melvin. 2017. Métodos de Investigación académica. %28versión 1.1%29. Sede de Occidente%20 UCR.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/76783/Campos%20Ocampo%20Melvin.2017.Métodos%20de%20Investigación%20académica.%28versión%201.1%29.Sede%20de%20Occidente%20UCR.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Cárcamo, K., Cofré, I., Flores, G., Lagos, D., Oñate, N., y Grandón, P. (2019). Atención en salud mental de las personas con diagnóstico psiquiátrico grave y su recuperación. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 18(2). <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol18-issue2-fulltext-1582>
- Carrara, B., Ventura, C., Bobbili, S., Jacobina, O., Khenti, A., y Mendes, I. (2019). Stigma in health professionals towards people with mental illness: An integrative review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(4), 311-318. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.01.006>
- Cleary, M., Hunt, G., Horsfall, J., y Deacon, M. (2012). Nurse-patient interaction in acute adult inpatient mental health units: A review and synthesis of qualitative studies. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(2), 66-79. <https://doi.org/10.3109/01612840.2011.622428>
- Corrigan, P. (2004a). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Corrigan, P. (2004b). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Corrigan, P., Druss, B., y Perlick, D. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest, Supplement*, 15(2), 37-70. <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>
- Corrigan, P., Morris, S., Michaels, P., Rafacz, J., y Rüsich, N. (2012). Challenging the Public Stigma of Mental Illness: A Meta-Analysis of Outcome Studies. *Psychiatric Services*, 63(10). <https://doi.org/10.1176/appi.ps.005292011>
- Corson, Y., y Verrier, N. (2007). Emotions and false memories: Valence or arousal? *Psychological Science*, 18(3), 208-211. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.01874.x>
- Coutant, D., Worchel, S., Bar-Tal, D., y van Raalten, J. (2011). A multidimensional examination of the « Stereotype» concept: A developmental approach. *International Journal of Intercultural Relations*, 35(1), 92-110. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2010.08.004>
- de Haan, M., y Gunnar, M. (Eds.). (2009). *Handbook of developmental social neuroscience* (1.ª ed.). New York: The Guilford Press.
- Desviat, M. (2010). Los avatares de una ilusión : la reforma psiquiátrica en España. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 253-263.
- Douglas, S., Vides de Andrade, A., Boyd, S., Leslie, M., Webb, L., Davis, L., ... Bickman, L. (2016). Communication training improves patient-centered provider behavior and screening for soldiers' mental health concerns. *Patient Education and Counseling*, 99(7), 1203-1212. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.01.018>
- Drossman, D. (2013). 2012 David Sun Lecture: Helping your patient by helping yourself- how to improve the patient-physician relationship by optimizing communication skills.

- American Journal of Gastroenterology*, 108(4), 521-528.
<https://doi.org/10.1038/ajg.2013.56>
- Drossman, D., y Ruddy, J. (2019). Improving Patient-Provider Relationships to Improve Health Care. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 18(7), 1417-1426.
<https://doi.org/10.1016/j.cgh.2019.12.007>
- Dulzaides, M. E., y Molina, A. M. (2004). Documentary information and analysis: Two components of a same process. *Acimed*, 12(2), 1-5. Recuperado de <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84899874589&partnerID=40&md5=2c01cbb5636c36240c08941c50e2d34>
- Gafas, C., Roque, Y., y Bonilla, G. E. (2019). Modelo de atención integral de salud vs. calidad asistencial en el primer nivel, Riobamba 2014-2017. *Educación Médica*, 20, 136-142. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.10.023>
- Gaminde, I. (2002). La interacción en el sistema sanitario: Médicos y pacientes. En *Invertir para la salud : prioridades en salud pública: informe SESPAS 2002* (pp. 567-580). España. Recuperado de <http://www.sespas.es/informe2002/cap27.pdf>
- Goffman, E. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada* (1.ª ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Gross, J. (2014). Handbook of Emotion Regulation. En J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (Second). New York, London: Guilford Publications.
- Hall, J., y Knapp, M. (Eds.). (2013). *Nonverbal Communication* (1.ª ed.). Berlín: De Gruyter Mouton.
- Harrigan, J. (2013). Methodology: coding and studying nonverbal behavior. En J. Hall y M. Knapp (Eds.), *Nonverbal Communication* (pp. 35-68). Berlín: De Gruyter Mouton.
- Hassan, I., McCabe, R., y Priebe, S. (2007). Professional-patient communication in the treatment of mental illness: A review. *Communication and Medicine*, 4(2), 141-152. <https://doi.org/10.1515/CAM.2007.018>
- Hecht, M., y Ambady, N. (1999). Nonverbal communication and psychology: Past and future. *New Jersey Journal of Communication*, 7(2), 156-170. <https://doi.org/10.1080/15456879909367364>
- Heritage, J., y Maynard, D. (2006). Problems and prospects in the study of physician-patient interaction: 30 years of research. *Annual Review of Sociology*, 32, 351-374. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.32.082905.093959>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta.). México: McGraw-Hill Education.
- Hornbæk, K., y Oulasvirta, A. (2017). What is interaction? *Conference on Human Factors in Computing Systems - Proceedings, 2017-May*, 5040-5052. <https://doi.org/10.1145/3025453.3025765>
- Izard, C. E. (2010). The many meanings/aspects of emotion: Definitions, functions, activation, and regulation. *Emotion Review*, 2(4), 363-370. <https://doi.org/10.1177/1754073910374661>
- Jara, R. (2019). *Estigmatización hacia personas con diagnóstico de trastorno mental grave en personal de salud mental* (Tesis de Magister). Universidad de Concepción.
- Kanagy, C. (2008). *Field Independence, Somatic Awareness, Autonomic Arousal, and Emotion Differentiation As Predictors of Emotion Regulation* (Tesis de Doctorado, University of North Carolina at Chapel Hill). University of North Carolina at Chapel Hill. Recuperado de <https://bibliotecas.ups.edu.ec:2247/dissertations-theses/field-independence-somatic-awareness-autonomic/docview/304534208/se->

- Kappas, A., Krumhuber, E., y Küster, D. (2013). Facial behavior. En J. Hall y M. Knapp (Eds.), *Nonverbal Communication* (1.^a ed., pp. 131-165). Berlín: De Gruyter Mouton.
- Knaak, S., Mantler, E., y Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare Management Forum*, 30(2), 111-116. <https://doi.org/10.1177/0840470416679413>
- Kolacz, J., Dale, L., Nix, E., Roath, O., Lewis, G., y Porges, S. (2020). Adversity History Predicts Self-Reported Autonomic Reactivity and Mental Health in US Residents During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 11(October), 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.577728>
- Lang, P. J., y Bradley, M. M. (2010). Emotion and the motivational brain. *Biological Psychology*, 84(3), 437-450. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2009.10.007>
- Langley, J. (1903). The Autonomic Nervous System. *Brain*, XXVI(1), 1-26. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/brain/26.1.1>
- Lavelle, M., Dimic, S., Wildgrube, C., McCabe, R., y Priebe, S. (2015). Non-verbal communication in meetings of psychiatrists and patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 131(3), 197-205. <https://doi.org/10.1111/acps.12319>
- Li, J., Li, J., Thornicroft, G., y Huang, Y. (2014). Levels of stigma among community mental health staff in Guangzhou, China. *BMC Psychiatry*, 14(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0231-x>
- Linehan, M. (2015). *DBT® skills training manual, 2nd ed.* New York, NY, US: Guilford Press.
- Link, B., y Phelan, J. (2001). Conceptualizing stigma. *Annu. Rev. Sociol.*, 27, 363-385.
- Link, B., y Stuart, H. (2017). On Revisiting Some Origins of the Stigma Concept as It Applies to Mental Illnesses. En W. Gaebel, W. Rössler, y N. Sartorius (Eds.), *The stigma of mental illness-end of the story?* (pp. 3-28). Springer International Publishing Switzerland. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-27839-1>
- Lum, J., Conti-Ramsden, G., Page, D., y Ullman, M. (2012). Working, declarative and procedural memory in specific language impairment. *Cortex*, 48(9), 1138-1154. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2011.06.001>
- Martin, L., y DiMatteo, R. (2013). Clinical Interactions. En J. Hall y M. Knapp (Eds.), *Nonverbal Communication* (pp. 833-858). Berlín: De Gruyter Mouton.
- Mathisen, V., Lorem, G. F., Obstfelder, A., y Måseide, P. (2016). Whose decision is it anyway? A qualitative study of user participation and how clinicians deal with the patient perspective in mental healthcare. *Mental Health Review Journal*, 21(4), 249-260. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-01-2016-0003>
- Méndez, A., y Astudillo, M. (2008). *La Investigación en la era de la Información. Guía para realizar la bibliografías y fichas de trabajo.* (1a.). México: Editorial Trillas. Recuperado de <http://www.economia.unam.mx/academia/inae/pdf/inae1/u115.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) con enfoque familiar, comunitario e intercultural.* Ecuador.
- Muusse, C., Kroon, H., Mulder, C., y Pols, J. (2020). Working on and with Relationships: Relational Work and Spatial Understandings of Good Care in Community Mental Healthcare in Trieste. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 44(4), 544-564. <https://doi.org/10.1007/s11013-020-09672-8>
- Noreña-Peña, A., Cibanal Juan, L., y Alcaraz Moreno, N. (2010). La interacción

- comunicativa en el cuidado de la salud. *Revista Española De Comunicación En Salud*, 0(0), 113-129.
- Ogden, P., y Fisher, J. (2016). *Psicoterapia sensoriomotriz: intervenciones para el trauma y el apego* (Primera ed). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- OPS/OMS. (1978). Declaración de Alma-Ata. *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata*, 8-10. URSS. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- OPS/OMS. (2015). *Informe sobre el sistema de salud mental en el Ecuador (ISM-OMS)*.
- Pascalis, O., Kelly, D., y Schwarzer, G. (2009). Neural bases of the development of face processing. En M. de Haan y M. Gunnar (Eds.), *Handbook of developmental social neuroscience* (1st ed., pp. 63-86). New York, EEUU. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2009-06636-004&site=ehost-live>
- Patel, S., y Scherer, K. (2013). Vocal behavior. En J. Hall y M. Knapp (Eds.), *Nonverbal Communication* (1.ª ed., pp. 167-204). Berlín: De Gruyter Mouton.
- Perez Cruz, L. (2015). *Sociología*. Grupo Editorial Patria. Recuperado de <https://elibro.net/es/lc/bibliotecaups/titulos/40394>
- Perez, L. (2009). Intergenerational Dynamics of Trauma. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 8(3-4), 156-168. <https://doi.org/10.1080/15289160903417865>
- Perry, A., Lawrence, V., y Henderson, C. (2020). Stigmatisation of those with mental health conditions in the acute general hospital setting. A qualitative framework synthesis. *Social science & medicine* (1982), 255(April), 112974. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112974>
- Pileño, M., Morillo, J., Morillo, A., y Losa-Iglesias, M. (2018). The Mental Health Team: Evaluation From a Professional Viewpoint. A Qualitative Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(2), 206-214. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.003>
- Porges, S. (2001). The polyvagal theory: phylogenetic substrats of a social nervous system.pdf. *International Journal of Psychophysiology*, 42(2001), 123146. Recuperado de http://www.terapiacognitiva.eu/cpc/dwl/polivagale/polyvagal_theory.pdf
- Porges, S. (2004). Neuroception: A Subconscious System for Detecting Threats and Safety. *Zero to Three*, (May), 19-24.
- Porges, S. (2007). The polyvagal perspective. *Biological Psychology*, 74(2), 116-143. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2006.06.009>
- Porges, S. (2015). Making the World Safe for our Children: Down-regulating Defence and Up-regulating Social Engagement to «Optimise» the Human Experience. *Children Australia*, 40(2), 114-123. <https://doi.org/10.1017/cha.2015.12>
- Porges, S. (2016). *La teoría polivagal : fundamentos neurofisiológicos de las emociones, el apego, la comunicación y la autorregulación* (Primera ed). Madrid: Pléyades.
- Porges, S. (2017). *Guía de bolsillo de la teoría polivagal. El poder transformador de sentirse seguro* (Primera ed). Barcelona: Eleftheria.
- Porges, S. (2021). Polyvagal Theory: A biobehavioral journey to sociality. *Comprehensive Psychoneuroendocrinology*, 7(May), 100069. <https://doi.org/10.1016/j.cpne.2021.100069>
- Porges, S., y Dana, D. (Eds.). (2019). *Aplicaciones clínicas de la teoría polivagal : el nacimiento de las terapias influenciadas por la teoría polivagal*. Sitges, Barcelona:

Eleftheria.

- Procyk, S. (2020). *The Magic of Polyvagal Theory: Inviting Vulnerability and Facilitating Safety Through Coregulation, Touch, and Micro Interactions* (Tesis de maestría). Pacifica Graduate Institute.
- Rimé, B. (2011). *La compartición social de las emociones*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Rizo García, M. (2006). La psicología social como fuente teórica. *Andamios*, 3(5), 163-184.
- Rodríguez, M. (2013). Acerca de la investigación bibliográfica y documental.
- Rogers, E., Escudero, V., y Bavelas, J. (2003). *Relational Communication : An Interactional Perspective to the Study of Process and Form*. Mahwah, UNITED STATES: Taylor & Francis Group. Recuperado de <http://ebookcentral.proquest.com/lib/upsal/detail.action?docID=335491>
- Ryland, S., Johnson, L., y Bernards, J. (2021). Honoring Protective Responses: Reframing Resistance in Therapy Using Polyvagal Theory. *Contemporary Family Therapy*, (0123456789). <https://doi.org/10.1007/s10591-021-09584-8>
- Sbarra, D. (2008). An Integrative Analysis and Empirical Agenda for Understanding Adult Attachment, Separation, Loss, and Recovery. *Personality and Social Psychology Review*, 12(2), 141-167. <https://doi.org/10.1177/1088868308315702>
- Schmid Mast, M., y Cousin, G. (2013). Power, dominance, and persuasion. En J. Hall y M. Knapp (Eds.), *Nonverbal Communication*. Berlín: De Gruyter Mouton.
- Schore, A. (2009). Right-brain affect regulation: An essential mechanism of development, trauma, dissociation, and psychotherapy. En D. Fosha, D. Siegel, y M. Solomon (Eds.), *The healing power of emotion: Affective Neuroscience, Development Clinical Practice* (1st ed., pp. 112-144). New York, EEUU: W. W. Norton & Co. Recuperado de <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc6&NEWS=N&AN=2009-20446-005>
- Schore, J., y Schore, A. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36(1), 9-20. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0111-7>
- Shea, S., y Lionis, C. (2018). The Call for Compassion in Health Care. En E. Seppälä, E. Simon-Thomas, S. Brown, M. Worline, D. Cameron, y J. Doty (Eds.), *The Oxford Handbook of Compassion Science* (pp. 1-30). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190464684.013.32>
- Siegel, D. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, “mindsight,” and neural integration. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 67-94. [https://doi.org/https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1<67::AID-IMHJ3>3.0.CO;2-G](https://doi.org/https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<67::AID-IMHJ3>3.0.CO;2-G)
- Siegel, D. (2007). *La mente en desarrollo. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser* (2da ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Soma, C., Baucom, B., Xiao, B., Butner, J., Hilpert, P., Narayanan, S., ... Imel, Z. (2020). Coregulation of therapist and client emotion during psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 30(5), 591-603. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1661541>
- Tejada de Rivero, D. (2003). Alma-Ata Revisited. Recuperado 24 de septiembre de 2021, de Perspectives in Health Magazine. The Maganize of the Pan American Health Organization website: https://www3.paho.org/english/dd/pin/Number17_article1_1.htm
- Universidad de Jaén. (s. f.). Diseño documental. Recuperado 19 de septiembre de 2021, de http://www.ujaen.es/investiga/tics_tfg/revi_narrativa.html

- Valery, K., y Prouteau, A. (2020). Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review. *Psychiatry Research*, 290(April), 113068. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113068>
- van der Kolk, B. (2014). *The Body Keeps the Score. Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma* (1st ed.). New York: Penguin Group.
- Vivas i Elias, P., Arredondo, J., y Torras, M. (2009). *Dinámica de grupos*. Barcelona: Universidad Abierta de Catalunya.
- Walsh, M. (2020). *Stephen Porges: Embodiment Through the Lens of Polyvagal Theory*. Reino Unido: The Embodiment Conference 2020. Recuperado de <https://portal.theembodimentconference.org/sessions/embodiment-through-the-lens-of-the-polyvagal-theory-5988d7>
- Watzlawick, P. (2015). *No es posible no comunicar*. Herder Editorial. Recuperado de <https://elibro.net/es/lc/bibliotecaups/titulos/45718>
- Watzlawick, P., Helmick Beavin, J., y Jackson, D. (1985). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder Editorial.
- Yang, L., Kleinman, A., Link, B., Phelan, J., Lee, S., y Good, B. (2007). Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social Science and Medicine*, 64(7), 1524-1535. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.013>
- Zantinge, G., van Rijn, S., Stockmann, L., y Swaab, H. (2017). Physiological Arousal and Emotion Regulation Strategies in Young Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(9), 2648-2657. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3181-6>

Anexos

Anexo 1.

Comportamientos verbales y no verbales que afectan la comunicación

Comportamiento	Facilita	Inhibe
No verbal		
Entorno clínico	Privado, cómodo	Ruidoso, barreras físicas
Contacto visual	Frecuente	Infrecuente o constante
Escucha	Escucha activa: las preguntas se relacionan con lo que dice el paciente	Distraído o preocupado (p. ej. tipea)
Postura corporal	Directa, abierta, relajada	Cuerpo girado, brazos cruzados
Cabeceo	Bien cronometrado	Poco frecuente, excesivo
Proximidad corporal	Lo suficientemente cerca para tocar	Demasiado cerca o demasiado lejos
Expresión social	Muestra interés y comprensión	Preocupación, aburrimento, desaprobación
Voz	Tono suave	Dura, apresurada
Toque	Útil si es oportuno y está acostumbrado a comunicar empatía	Insincero si es inapropiado o inoportuno
Sincronía (brazos, piernas)	Concordante	Discordante
Verbal	Facilita	Inhibe
Formularios de preguntas	Con final abierto para generar hipótesis	Estilo rígido o estereotipado
	Final cerrado para probar hipótesis	De opción múltiple o directivas/segadas ("No lo hiciste ... ¿verdad?")
	Uso de las palabras del paciente	Uso de palabras desconocidas o jerga
	Facilita la discusión del paciente con gestos reflejos o afirmativos	Interrupciones, control indebido de conversación
	Utiliza resúmenes	No se hace
Estilo de pregunta o entrevista	No juzga	Juzga
	Sigue el ejemplo de los comentarios anteriores del paciente (centrado en el paciente)	Sigue su propia agenda o estilo preestablecido
	Uso de un hilo narrativo	Interrogatorio desorganizado
	Uso apropiado del silencio	Interrupciones o demasiado silencio

Comportamiento	Facilita	Inhibe
No verbal	Tranquilidad y estímulo apropiados	Consuelo o aliento prematuro o injustificado
	Comunica empatía	No se proporciona o no es sincero
Recomendaciones	Obtiene retroalimentación y negocia	No pide retroalimentación, expresa puntos de vista directamente
Pide / proporciona información médica	Según corresponda a los problemas clínicos	Demasiadas preguntas biomédicas e información demasiado detallada
Pregunta / proporciona información psicosocial	Indaga de forma sensible y no amenazante	Ignora datos psicosociales o hace preguntas intrusivas o inquisitivas
Humor	Cuando es apropiado y facilitador	Ninguno o humor inapropiado

Tomado de: Drossman y Ruddy, 2019.

Elaboración: Verónica Ávila

Anexo 2.

Estado del arte

Año	Autor	Título	Tipo	Aporte
1985	Watzlawick, P, J, H. B., & D, J.	<i>Teoría de la comunicación humana</i>	Libro	<i>Proveedor de salud y paciente se afectan mutuamente.</i>
2015	Watzlawick, Paul.	<i>No es posible no comunicar.</i>	Libro	<i>La comunicación es de ida y vuelta. Las conductas no verbales dirigen la relación.</i>
2003	Rogers, E., Escudero, V., & Bavelas, J.	<i>Relational Communication : An Interactional Perspective to the Study of Process and Form.</i>	Sección de libro	<i>Explica teoría de la comunicación, axiomas.</i>
2018	Pileño, M., Morillo, J., Morillo, A., & Losa-Iglesias, M. ().	The Mental Health Team: Evaluation From a Professional Viewpoint. A Qualitative Study	Artículo científico	<i>El equipo de salud mental está expuesto a estresores que afectan su estado de ánimo y sus respuestas.</i>
2010	Noreña-Peña, A., Cibanal Juan, L., & Alcaraz Moreno, N.	La interacción comunicativa en el cuidado de la salud	Artículo científico	<i>Definición de interacción.</i>
2020	Muusse, C., Kroon, H., Mulder, C., & Pols, J.	Working on and with Relationships: Relational Work and Spatial Understandings of Good Care in Community Mental Healthcare in Trieste.	Artículo científico	<i>La competencia central de un profesional de la salud mental es construir relaciones. «Buen cuidado». Útil para recomendaciones finales.</i>
2006	Rizo García, M.	La psicología social como fuente teórica	Artículo científico	<i>Definición de interacción.</i>
2019	Drossman, D., & Ruddy, J.	Improving Patient-Provider Relationships to Improve Health Care	Artículo científico	<i>La calidad de la relación médico paciente declina por condiciones actuales del negocio. Demandas que abruma a los proveedores. Comportamientos verbales y no verbales que afectan la comunicación (analiza los de uso intencionado).</i>
2002	Gaminde, I.	La interacción en el sistema sanitario: Médicos y pacientes.	Artículo científico	
2009	Vivas i Elias, P., Arredondo, J., & Torras, M.	Dinámica de grupos	Libro	<i>El rol se apropia, no es determinante.</i>
2015	Pérez Cruz, L.	Sociología	Libro	<i>Conceptos de interacción social, estatus, role, etc.</i>
2011	Rizo García, M.	De personas, rituales y mascarar. Erving Goffman y sus aportes a la comunicación interpersonal.	Artículo científico	<i>La realidad es socialmente construida. Las creencias se vuelven reales en sus consecuencias, por lo tanto el daño hacia el estigmatizado es concreto.</i>
2003	Aritzeta, A., & Ayestarán, S.	Aplicabilidad de la teoría de roles de equipo de Belbin: Un estudio longitudinal con equipos de trabajo	Artículo científico	<i>Estatus, rol, conflicto de roles.</i>
2018	Shea, S., & Lionis, C.	The Call for Compassion in Health Care.	Sección de libro	<i>Concepto de buen cuidado. El rol del profesional es crear y cuidar la relación.</i>
2017	Link, B., & Stuart, H.	On Revisiting Some Origins of the Stigma Concept as It Applies to Mental Illnesses.	Sección de libro	<i>Estigma como convergencia de cuatro componentes en situación de poder.</i>
2007	Yang, L., Kleinman, A., Link, B., Phelan, J., Lee, S., & Good, B.	Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory	Artículo científico	<i>Estigmatizadores y estigmatizados están defendiéndose de perder algo valioso. El estigma es sociosomático, intersubjetivo, se puede</i>

Año	Autor	Título	Tipo	Aporte
				<i>sentir en el cuerpo pero no reconocer conscientemente.</i>
2001	Link, B., & Phelan, J.	<i>Conceptualizing stigma.</i>	Artículo científico	<i>El estigma se perpetúa, por uno u otro mecanismo, discriminación estructural o directa individual. Amenaza o desafío (predicción autocumplida).</i>
2014	Corrigan, P., Druss, B., & Perlick, D.	The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care	Artículo científico	<i>El estigma amenaza la búsqueda y adherencia al tratamiento.</i>
2019	Jara, R.	Estigmatización hacia personas con diagnóstico de trastorno mental grave en personal de salud mental	Tesis de maestría	<i>Las metodologías de estudio no permiten entender la manifestación misma del estigma. Conecta ideas de amenaza para PS y P.</i>
2019	Carrara, B., Ventura, C., Bobbili, S., Jacobina, O., Khenti, A., & Mendes, I.	Stigma in health professionals towards people with mental illness: An integrative review.	Artículo científico	<i>El estigma daña más que la enfermedad.</i>
2019	Cárcamo, K., Cofré, I., Flores, G., Lagos, D., Oñate, N., & Grandón, P.	Atención en salud mental de las personas con diagnóstico psiquiátrico grave y su recuperación	Artículo científico	<i>Tres actitudes estigmatizadoras hacia TM. Buen trato: dejar participar al paciente en su propia sanación.</i>
2017	Knaak, S., Mantler, E., & Szeto, A.	Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions	Artículo científico	<i>Revisión muy documentada y actualizada sobre estigma.</i>
2020	Soma, C., Baucom, B., Xiao, B., Butner, J., Hilpert, P., Narayanan, S., Atkins, D. C., & Imel, Z.	Coregulation of therapist and client emotion during psychotherapy	Artículo científico	<i>La regulación debe ser tratada como un fenómeno intrapersonal. Discute pros y contras.</i>
2015	Porges, S.	Making the World Safe for our Children: Down-regulating Defence and Up-regulating Social Engagement to “Optimise” the Human Experience	Artículo científico	<i>Sostiene la importancia de la seguridad psicológica para el sistema nervioso, como condición para la conectividad, que sería un imperativo biológico. No solo eliminar peligro, sino presentar activamente seguridad.</i>
2004	Porges, S.	Neuroception: A Subconscious System for Detecting Threats and Safety	Artículo científico	<i>Propone concepto de neurocepción y por qué la seguridad no depende de conductas motoras voluntarias.</i>
2020	Kolacz, J., Dale, L., Nix, E., Roath, O., Lewis, G., & Porges, S.	Adversity History Predicts Self-Reported Autonomic Reactivity and Mental Health in US Residents During the COVID-19 Pandemic	Artículo científico	<i>Investigación que liga exposición a trauma con actividad parasimpática atenuada y desregulación autónoma. Descripción anatomofisiológica muy clara de los tres sistemas.</i>
2020	Bailey, R., Dana, D., Bailey, E., & Davis, F.	The Application of the Polyvagal Theory to High Conflict Co-Parenting Cases.	Artículo científico	<i>Cómo estimular intencionalmente el vago ventral. Los profesionales deben entender antecedentes y saber qué hacer. Ofrece descripción más didáctica de la teoría.</i>
2018	Sullivan, M., Erb, M., Schmalzl, L., Moonaz, S., Taylor, J., & Porges, S. W.	Yoga therapy and polyvagal theory: The convergence of traditional wisdom and contemporary neuroscience for self-regulation and resilience	Artículo científico	<i>Define autoregulación. La desregulación compromete la resiliencia.</i>

Año	Autor	Título	Tipo	Aporte
2020	Brammell, A.	Imagining a Polyvagal and Trauma-Informed Elementary School Classroom : A Depth Psychological Approach	Trabajo final de Máster	<i>Cita a Levine: trauma = evidencia neurocientífica demuestra impacto duradero en el desarrollo y sobre la regulación emocional. Menciona movimiento de atención informada sobre el trauma.</i>
2019	Beattie, J., Griffiths, D., Innes, K., & Morphet, J.	Workplace violence perpetrated by clients of health care: A need for safety and trauma-informed care.	Artículo científico	<i>Trauma/experiencias adversas en niñez produce evaluación inadecuada de riesgo y reactividad. Estudia esto con clientes de servicios de salud. Discute el abordaje Trauma Informed Care, abordajes para reconocer el vínculo entre activación simpática y violencia en el lugar de trabajo.</i>
2017	Brosschot, J., Verkuil, B., & Thayer, J.	Exposed to events that never happen: Generalized unsafety, the default stress response, and prolonged autonomic activity	Artículo científico	<i>Evidencia neurobiológica respuesta al estrés está siempre a punto de ser activada y se inhibe al percibir seguridad. No reconocen seguridad solo personas ansiosas, depende de la baja actividad parasimpática (vagal) que se explica por seguridad limitada, abuso, negligencia sufrida por el niño o por sus ancestros (genes). Aprendizaje sobre el miedo que falla.</i>
2018	Huttunen, M. O., & Mednick, S. A.	Polyvagal theory, neurodevelopment and psychiatric disorders	Artículo científico	<i>Neurodesarrollo y desórdenes psiquiátricos a la luz de la TP.</i>
2021	Ryland, S., Johnson, L., & Bernards, J.	Honoring Protective Responses: Reframing Resistance in Therapy Using Polyvagal Theory	Artículo científico	<i>Comportamientos para restablecer seguridad. Discute el tema de la resistencia. El terapeuta como el cliente más difícil, dadas sus expectativas sobre sí mismo.</i>
2016	Ogden, P., & Fisher, J.	Psicoterapia sensoriomotriz: intervenciones para el trauma y el apego	Libro	<i>Define margen de tolerancia, fluctuación de la excitación adaptativa y desapadaptativa (hiper e hiporegulación). Relaciona trauma/apego inadecuado con neurocepción fallida y reactividad emocional.</i>
2016	Porges, S. W.	La teoría polivagal : fundamentos neurofisiológicos de las emociones, el apego, la comunicación y la autorregulación	Libro	
2017	Porges, S. W.	Guía de bolsillo de la teoría polivagal. El poder transformador de sentirse seguro	Libro	
2019	Porges, S. W., & Dana, D. (Eds.).	Aplicaciones clínicas de la teoría polivagal : el nacimiento de las terapias influenciadas por la teoría polivagal	Libro	
2020	Procyk, S.	The Magic of Polyvagal Theory: Inviting Vulnerability and Facilitating	Tesis	<i>La activación vagal dorsal impide el involucramiento. Resume a Porges.</i>

Año	Autor	Título	Tipo	Aporte
		Safety Through Coregulation, Touch, and Micro Interactions		
2020	Walsh, M.	Stephen Porges: Embodiment Through the Lens of Polyvagal Theory. The Embodiment Conference 2020	Entrevista (video)	
2008	Sbarra, D.	An Integrative Analysis and Empirical Agenda for Understanding Adult Attachment, Separation, Loss, and Recovery	Artículo científico	<i>La corregulación como función normativa de las relaciones de apego que mantiene la homeostasis psicofisiológica dentro de una relación.</i>
2015	Linehan, M. M.	<i>DBT® skills training manual, 2nd ed.</i>	Libro	<i>Define emoción, desregulación emocional, invalidación emocional (similar a trauma).</i>
2014	Gross, J.	<i>Handbook of emotion regulation</i>	Libro	<i>Ofrece modelo modal de emoción y de autorregulación emocional. Visión individual.</i>
2020	Soma, C., Baucom, B., Xiao, B., Butner, J., Hilpert, P., Narayanan, S., Atkins, D. C., & Imel, Z.	Coregulation of therapist and client emotion during psychotherapy	Artículo científico	<i>Las relaciones son vía de regulación predeterminada, ej: Corregulación en psicoterapia, discute si es bueno o iatrogénico.</i>
2009	Perez, L. M.	Intergenerational Dynamics of Trauma. <i>Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy</i>	Artículo científico	<i>El cuidado subóptimo genera reacciones hormonales que generan respuesta de estrés hipoactivo o hiperactivo.</i>
2008	Schore, J., & Schore, A.	Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment	Artículo científico	<i>Las comunicaciones no verbales no conscientes son bidireccionales e intersubjetivas.</i>
2001	Siegel, D.	Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, "mindsight," and neural integration	Artículo científico	<i>Emoción como organizador de la actividad cognitiva, regula flujos de energía e información. La «autorregulación siempre es interactiva.</i>
1985	Watzlawick, P, J, H. B., & D, J.	<i>Teoría de la comunicación humana</i>	Libro	<i>Proveedor de salud y paciente se afectan mutuamente.</i>
2015	Watzlawick, Paul.	<i>No es posible no comunicar.</i>	Libro	<i>La comunicación es de ida y vuelta. Las conductas no verbales dirigen la relación.</i>
2003	Rogers, E., Escudero, V., & Bavelas, J.	<i>Relational Communication : An Interactional Perspective to the Study of Process and Form.</i>	Sección de libro	<i>Explica teoría de la comunicación, axiomas.</i>
2018	Pileño, M., Morillo, J., Morillo, A., & Losa-Iglesias, M. ().	The Mental Health Team: Evaluation From a Professional Viewpoint. A Qualitative Study	Artículo científico	<i>El equipo de salud mental está expuesto a estresores que afectan su estado de ánimo y sus respuestas.</i>
2010	Noreña-Peña, A., Cibanal Juan, L., & Alcaraz Moreno, N.	La interacción comunicativa en el cuidado de la salud	Artículo científico	<i>Definición de interacción.</i>
2020	Muusse, C., Kroon, H., Mulder, C., & Pols, J.	Working on and with Relationships: Relational Work and Spatial Understandings of Good Care in Community Mental Healthcare in Trieste.	Artículo científico	<i>La competencia central de un profesional de la salud mental es construir relaciones. «Buen cuidado». Útil para recomendaciones finales.</i>
2006	Rizo García, M.	La psicología social como fuente teórica	Artículo científico	<i>Definición de interacción.</i>
2019	Drossman, D., & Ruddy, J.	Improving Patient-Provider Relationships to Improve Health Care	Artículo científico	<i>La calidad de la relación médico paciente declina por condiciones actuales del negocio. Demandas que abruman a los proveedores. Comportamientos verbales y no</i>

Año	Autor	Título	Tipo	Aporte
				<i>verbales que afectan la comunicación (analiza los de uso intencionado).</i>
2002	Gaminde, I.	La interacción en el sistema sanitario: Médicos y pacientes.	Artículo científico	
2009	Vivas i Elias, P., Arredondo, J., & Torras, M.	Dinámica de grupos	Libro	<i>El rol se apropia, no es determinante.</i>
2015	Pérez Cruz, L.	Sociología	Libro	<i>Conceptos de interacción social, estatus, role, etc.</i>
2011	Rizo García, M.	De personas, rituales y mascarar. Erving Goffman y sus aportes a la comunicación interpersonal.	Artículo científico	<i>La realidad es socialmente construida. Las creencias se vuelven reales en sus consecuencias, por lo tanto el daño hacia el estigmatizado es concreto.</i>
2003	Aritzeta, A., & Ayestarán, S.	Aplicabilidad de la teoría de roles de equipo de Belbin: Un estudio longitudinal con equipos de trabajo	Artículo científico	<i>Estatus, rol, conflicto de roles.</i>
2018	Shea, S., & Lionis, C.	The Call for Compassion in Health Care.	Sección de libro	<i>Concepto de buen cuidado. El rol del profesional es crear y cuidar la relación.</i>
2017	Link, B., & Stuart, H.	On Revisiting Some Origins of the Stigma Concept as It Applies to Mental Illnesses.	Sección de libro	<i>Estigma como convergencia de cuatro componentes en situación de poder.</i>
2007	Yang, L., Kleinman, A., Link, B., Phelan, J., Lee, S., & Good, B.	Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory	Artículo científico	<i>Estigmatizadores y estigmatizados están defendiéndose de perder algo valioso. El estigma es sociosomático, intersubjetivo, se puede sentir en el cuerpo pero no reconocer conscientemente.</i>
2001	Link, B., & Phelan, J.	<i>Conceptualizing stigma.</i>	Artículo científico	<i>El estigma se perpetúa, por uno u otro mecanismo, discriminación estructural o directa individual. Amenaza o desafío (predicción autocumplida).</i>
2014	Corrigan, P., Druss, B., & Perlick, D.	The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care	Artículo científico	<i>El estigma amenaza la búsqueda y adherencia al tratamiento.</i>
2019	Jara, R.	Estigmatización hacia personas con diagnóstico de trastorno mental grave en personal de salud mental	Tesis de maestría	<i>Las metodologías de estudio no permiten entender la manifestación misma del estigma. Conecta ideas de amenaza para PS y P.</i>
2019	Carrara, B., Ventura, C., Bobbili, S., Jacobina, O., Khenti, A., & Mendes, I.	Stigma in health professionals towards people with mental illness: An integrative review.	Artículo científico	<i>El estigma daña más que la enfermedad.</i>
2019	Cárcamo, K., Cofré, I., Flores, G., Lagos, D., Oñate, N., & Grandón, P.	Atención en salud mental de las personas con diagnóstico psiquiátrico grave y su recuperación	Artículo científico	<i>Tres actitudes estigmatizadoras hacia TM. Buen trato: dejar participar al paciente en su propia sanación.</i>
2017	Knaak, S., Mantler, E., & Szeto, A.	Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions	Artículo científico	<i>Revisión muy documentada y actualizada sobre estigma.</i>
2020	Soma, C., Baucom, B., Xiao, B., Butner, J.,	Coregulation of therapist and client emotion during psychotherapy	Artículo científico	<i>La regulación debe ser tratada como un fenómeno</i>

Año	Autor	Título	Tipo	Aporte
	Hilpert, P., Narayanan, S., Atkins, D. C., & Imel, Z.			<i>intrapersonal. Discute pros y contras.</i>
2015	Porges, S.	Making the World Safe for our Children: Down-regulating Defence and Up-regulating Social Engagement to “Optimise” the Human Experience	Artículo científico	<i>Sostiene la importancia de la seguridad psicológica para el sistema nervioso, como condición para la conectividad, que sería un imperativo biológico. No solo eliminar peligro, sino presentar activamente seguridad.</i>
2004	Porges, S.	Neuroception: A Subconscious System for Detecting Threats and Safety	Artículo científico	<i>Propone concepto de neurocepción y porqué la seguridad no depende de conductas motoras voluntarias.</i>
2020	Kolacz, J., Dale, L., Nix, E., Roath, O., Lewis, G., & Porges, S.	Adversity History Predicts Self-Reported Autonomic Reactivity and Mental Health in US Residents During the COVID-19 Pandemic	Artículo científico	<i>Investigación que liga exposición a trauma con actividad parasimpática atenuada y desregulación autónoma. Descripción anatomofisiológica muy clara de los tres sistemas.</i>
2020	Bailey, R., Dana, D., Bailey, E., & Davis, F.	The Application of the Polyvagal Theory to High Conflict Co-Parenting Cases.	Artículo científico	<i>Cómo estimular intencionalmente el vago ventral. Los profesionales deben entender antecedentes y saber qué hacer. Ofrece descripción más didáctica de la teoría.</i>
2018	Sullivan, M., Erb, M., Schmalzl, L., Moonaz, S., Taylor, J., & Porges, S. W.	Yoga therapy and polyvagal theory: The convergence of traditional wisdom and contemporary neuroscience for self-regulation and resilience	Artículo científico	<i>Define autoregulación. La desregulación compromete la resiliencia.</i>
2020	Brammell, A.	Imagining a Polyvagal and Trauma-Informed Elementary School Classroom : A Depth Psychological Approach	Trabajo final de Máster	<i>Cita a Levine: trauma = evidencia neurocientífica demuestra impacto duradero en el desarrollo y sobre la regulación emocional. Menciona movimiento de atención informada sobre el trauma.</i>
2019	Beattie, J., Griffiths, D., Innes, K., & Morphet, J.	Workplace violence perpetrated by clients of health care: A need for safety and trauma-informed care.	Artículo científico	<i>Trauma/experiencias adversas en niñez produce evaluación inadecuada de riesgo y reactividad. Estudia esto con clientes de servicios de salud. Discute el abordaje Trauma Informed Care, abordajes para reconocer el vínculo entre activación simpática y violencia en el lugar de trabajo.</i>
2017	Brosschot, J., Verkuil, B., & Thayer, J.	Exposed to events that never happen: Generalized unsafety, the default stress response, and prolonged autonomic activity	Artículo científico	<i>Evidencia neurobiológica respuesta al estrés está siempre a punto de ser activada y se inhibe al percibir seguridad. No reconocen seguridad solo personas ansiosas, depende de la baja actividad parasimpática (vagal) que se explica por</i>

Año	Autor	Título	Tipo	Aporte
				<i>seguridad limitada, abuso, negligencia sufrida por el niño o por sus ancestros (genes). Aprendizaje sobre el miedo que falla.</i>
2018	Huttunen, M. O., & Mednick, S. A.	Polyvagal theory, neurodevelopment and psychiatric disorders	Artículo científico	<i>Neurodesarrollo y desórdenes psiquiátricos a la luz de la TP.</i>
2021	Ryland, S., Johnson, L., & Bernards, J.	Honoring Protective Responses: Reframing Resistance in Therapy Using Polyvagal Theory	Artículo científico	<i>Comportamientos para restablecer seguridad. Discute el tema de la resistencia. El terapeuta como el cliente más difícil, dadas sus expectativas sobre sí mismo.</i>
2016	Ogden, P., & Fisher, J.	Psicoterapia sensoriomotriz: intervenciones para el trauma y el apego	Libro	<i>Define margen de tolerancia, fluctuación de la excitación adaptativa y desapadaptativa (hiper e hiporegulación). Relaciona trauma/apego inadecuado con neurocepción fallida y reactividad emocional.</i>
2016	Porges, S. W.	La teoría polivagal : fundamentos neurofisiológicos de las emociones, el apego, la comunicación y la autorregulación	Libro	
2017	Porges, S. W.	Guía de bolsillo de la teoría polivagal. El poder transformador de sentirse seguro	Libro	
2019	Porges, S. W., & Dana, D. (Eds.).	Aplicaciones clínicas de la teoría polivagal : el nacimiento de las terapias influenciadas por la teoría polivagal	Libro	
2020	Procyk, S.	The Magic of Polyvagal Theory: Inviting Vulnerability and Facilitating Safety Through Coregulation, Touch, and Micro Interactions	Tesis	<i>La activación vagal dorsal impide el involucramiento. Resume a Porges.</i>
2020	Walsh, M.	Stephen Porges: Embodiment Through the Lens of Polyvagal Theory. The Embodiment Conference 2020	Entrevista (video)	
2008	Sbarra, D.	An Integrative Analysis and Empirical Agenda for Understanding Adult Attachment, Separation, Loss, and Recovery	Artículo científico	<i>La corregulación como función normativa de las relaciones de apego que mantiene la homeostasis psicofisiológica dentro de una relación.</i>
2015	Linehan, M. M.	<i>DBT® skills training manual, 2nd ed.</i>	Libro	<i>Define emoción, desregulación emocional, invalidación emocional (similar a trauma).</i>
2014	Gross, J.	<i>Handbook of emotion regulation</i>	Libro	<i>Ofrece modelo modal de emoción y de autoregulación emocional. Visión individual.</i>
2020	Soma, C., Baucom, B., Xiao, B., Butner, J., Hilpert, P., Narayanan,	Coregulation of therapist and client emotion during psychotherapy	Artículo científico	<i>Las relaciones son vía de regulación predeterminada, ej: Corregulación en psicoterapia, discute si es bueno o iatrogénico.</i>

Año	Autor	Título	Tipo	Aporte
	S., Atkins, D. C., & Imel, Z.			
2009	Perez, L. M.	Intergenerational Dynamics of Trauma. <i>Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy</i>	Artículo científico	<i>El cuidado subóptimo genera reacciones hormonales que generan respuesta de estrés hipoactivo o hiperactivo.</i>
2008	Schore, J., & Schore, A.	Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment	Artículo científico	<i>Las comunicaciones no verbales no conscientes son bidireccionales e intersubjetivas.</i>
2001	Siegel, D.	Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, “mindsight,” and neural integration	Artículo científico	<i>Emoción como organizador de la actividad cognitiva, regula flujos de energía e información. La «autorregulación siempre es interactiva.</i>
2008	Kanagy, C.	<i>Field Independence, Somatic Awareness, Autonomic Arousal, and Emotion Differentiation As Predictors of Emotion Regulation</i>	Tesis de doctorado	<i>Menciona modelo de Barret: emoción = Valencia + excitación. Distingue regulación de control emocional.</i>
2010	Lang, P. J., & Bradley, M. M.	Emotion and the motivational brain	Artículo científico	<i>Visión evolutiva: emoción activa circuitos emocionales de supervivencia. Las respuestas varían según distancia física.</i>
2017	Zantinge, G., van Rijn, S., Stockmann, L., & Swaab, H.	Physiological Arousal and Emotion Regulation Strategies in Young Children with Autism Spectrum Disorders	Artículo científico	<i>Coincide con modelo de emoción de triple respuesta, y en que es útil / problemática por activación excesiva.</i>