

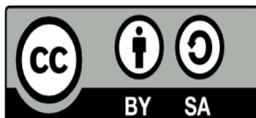
Simonetti, María de los Ángeles

“Características de la comunicación de los enfermeros y pacientes internados en el servicio de internación general en la Clínica Pasteleros en el periodo marzo y abril de 2020”

2020

Instituto: Ciencias de la Salud

Carrera: Licenciatura en Enfermería



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución – Compartir igual 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Simonetti, M.A. (2020) *Características de la comunicación de los enfermeros y pacientes internados en el servicio de internación general en la Clínica Pasteleros en el periodo marzo y abril de 2020* [tesis de grado Universidad Nacional Arturo Jauretche]

Disponible en RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital UNAJ <https://biblioteca.unaj.edu.ar/rid-unaj-repositorio-institucional-digital-unaj>



Instituto de salud
Licenciatura en Enfermería

“Características de la comunicación de los enfermeros y pacientes internados en el servicio de internación general en la Clínica Pasteleros en el periodo marzo y abril de 2020”.

Alumna: Simonetti María de los Ángeles.

Directora: Poccioni María Teresa.

Codirector: Julio Longa.

Florencio Varela, de noviembre de 2020.

Tema.

Características de la comunicación de los enfermeros y pacientes internados en el servicio de internación general en la Clínica Pasteleros en el periodo marzo y abril 2020.

Agradecimientos.

A mi familia, amigos y compañeros de trabajo por la paciencia y el acompañamiento firme.

A Claudio Gregorio por su perseverancia y por convencerme a seguir adelante.

A mi tutora Magalí Turkernich por orientarme.

A mi directora María Teresa Poccioni por su infinita ayuda y sus constantes motivaciones.

A mi codirector Julio Longa por su ayuda y porque fueron sus clases las inspiradoras a la elección del tema de estudio.

A la Universidad Nacional Arturo Jauretche que me brindó la oportunidad de llegar a mi vocación y profesión.

Índice.

Portada.	1
Tema.	2
Agradecimientos.	3
Índice.	4
Introducción.	6
<i>Formulación del problema a investigar y objetivos.</i>	7
<i>Formulación del problema.</i>	7
<i>Pregunta problema</i>	7
<i>Justificación.</i>	7
<i>Objetivo principal.</i>	10
<i>Objetivos específicos</i>	10
Marco teórico	11
<i>Estado del arte.</i>	11
<i>Concepto de comunicación.</i>	12
<i>Modelo comunicacional.</i>	13
<i>Teoría de la comunicación humana según Watzlawik.</i>	14
<i>La empatía</i>	17
<i>El proceso de la comunicación</i>	17
<i>Barreras de la comunicación.</i>	18
<i>Tipos de comunicación.</i>	20
<i>Componentes paraverbales</i>	27
<i>La comunicación en el cuidado de la salud.</i>	29
<i>Teorías en enfermería en relación a la comunicación</i>	33
<i>Comunicación del profesional de enfermería</i>	35
Estrategia metodológica	37
<i>Diseño.</i>	37
<i>Fuente de datos.</i>	37
<i>Descripción del área.</i>	37
<i>Población y muestra.</i>	37
<i>Criterios de inclusión.</i>	37
<i>Criterios de exclusión.</i>	37
<i>Herramienta de recolección de datos.</i>	38
Contexto de análisis.	39
Resultados.	40

<i>Tablas y gráficos.</i>	40
Conclusiones.	63
<i>Sugerencias.</i>	64
Bibliografía.	65
Anexos	68

Introducción.

La comunicación es una herramienta esencial para el ser humano dado que permite la relación con el entorno, ya que el ser humano precisa establecer y mantener relaciones interpersonales que le proporcionen gratificación así como recoger información que le permita identificar necesidades para conseguir el bienestar.

La comunicación es inevitable porque aun en su ausencia, comunicamos algo. Podemos dejar de realizar una serie de actividades en nuestras vidas, pero jamás lograremos dejar de comunicarnos; aun sin palabras, nuestros silencios y actividades están "comunicando" algo. La comunicación es la piedra angular en las organizaciones, la interacción de sus miembros con el exterior se hace cada día más necesaria; es por ello que la calidad en la comunicación adquiere cada vez más importancia.

El cuidar es la esencia de la Enfermería, la cual se ejecuta a través de una serie de Acciones de cuidado dirigidos a otro ser humano o grupos con afecciones físicas reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar las molestias y/o dolencias generadas por el proceso de enfermedad o a mantener la salud, por esto las personas que ejercen esta profesión deben poseer el conocimiento y la capacidad intelectual que le permita resolver problemas, comunicarse y reflexionar críticamente, sobre los problemas inherentes o que alteren la salud de las personas que cuidan. (Van-der Hofstadt Román, C.; Quiles, Y.; Quiles, M.J., 2006).

Los profesionales de enfermería son claves para ayudar al paciente a transitar por la experiencia estresante que es la internación hospitalaria, siendo el enfermero quien conoce información importante del paciente, por lo que debe diseñar estrategias encaminadas a proporcionar cuidados oportunos mediante una comunicación eficaz y favoreciendo la relación con el paciente.

Planteamiento del problema.

La importancia de la comunicación en el ámbito de la salud es una realidad en crecimiento. Se ha avanzado mucho frente a esta temática a partir de los logros de la psicología, de la antropología, de la medicina, y de la ciencia en general; sin embargo, no se evidencia una concreta aplicación de los mismos y mucho menos un cambio en el público. Los profesionales de la salud tienen, cada vez más, grandes conocimientos sobre la prevención de la enfermedad, así como sobre la promoción de la salud, sin embargo, no saben cómo comunicar efectivamente esa información, tan imprescindible, a la sociedad.

Los procesos de asistencia sanitaria son los que más demandan la construcción de espacios de comunicación eficaz para que el individuo que recibe atención no se convierta en un “objeto”, si no en un “sujeto” que solicita el apoyo necesario para comprender y reorganizar sus sentimientos, pensamientos y su estructura psíquica, frente a la eventualidad de la enfermedad. (A L Noreña Peña, L Cibanal Juan, N Alcaraz Moreno, 2010).

La comunicación efectiva con los pacientes, - entendida ésta no sólo como una claridad en lo que decimos, sentimos y pedimos al paciente, sino también y sobre todo en mostrar empatía y solicitar del paciente un feedback que nos permita tener la garantía de que nos ha escuchado y comprendido - permite fomentar una asistencia humana más personalizada, lograr la cercanía al paciente y, a su vez, poder negociar y/o acordar, conjuntamente con él, los cuidados.

Pregunta problema.

¿Cuáles son las características de la comunicación del personal de enfermería y los pacientes internados en el servicio de internación general en la Clínica Pasteleros de CABA, Argentina, durante el período comprendido entre en el periodo marzo y abril de 2020?

Justificación.

La comunicación adecuada supone la utilización de conocimientos, técnicas y habilidades que nos ayudan tanto a conseguir de la mejor forma posible la información necesaria para la actuación como a asentar las bases de cualquier

intervención terapéutica, al posibilitar la creación de una atmósfera de confianza y credibilidad para que el paciente comprenda su problema. Es la herramienta que nos puede ayudar a obtener del mismo la explicación de su vivencia de la enfermedad, de cómo él experimenta la enfermedad. También nos van a servir para conseguir la participación más activa del paciente en las decisiones que sea preciso adoptar y en el tratamiento de la dolencia, lo que repercutirá en el cumplimiento terapéutico, o bien para actuar sobre las actitudes del paciente hacia su problema.

Actualmente se observa el dominio de la ciencia y la tecnología, para beneficio de la salud, pero a consecuencia de ello también se observa una atención despersonalizada, con trato deshumanizado, que origina deficiente calidad en la comunicación y la atención en las unidades de medicina familiar, aunándole la burocratización de los servicios de salud. (Victoria Ochoa et al., 2003) A consecuencia de esto, desde el punto de vista del paciente, la calidad se mide con relación al éxito del tratamiento (Villalba, 2002), así la comunicación que exista entre el personal de enfermería y el paciente es primordial para la resolución de su problema de salud, ya que si se restablece su salud refiere una atención adecuada, pero en cambio si la enfermedad progresa a pesar del tratamiento y falta de información de la misma, se piensa que el profesional de salud aportó una atención deficiente.

Es necesario saber lo que el paciente espera de la atención: una terapéutica eficaz, comprensión por parte de la enfermera, ser escuchado y comprendido; necesita saber que le ocurre, participar en su tratamiento y cuidados, así como conocer las repercusiones de su enfermedad; lo anterior da pautas para mantener una comunicación de calidad que satisfaga las necesidades del paciente y al mismo tiempo proporcione satisfacción a la enfermera, como prestadora de servicio de salud. (Aguirre, 2002)

En un estudio realizado en junio del 2008 en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), se encontró que el 58% de las quejas se resuelven con una explicación por parte del personal de salud hacia el paciente, esto pone de manifiesto un problema de comunicación, así también se ha encontrado que la mala comunicación es la principal causa de falta de seguimiento de las indicaciones y los cuidados necesarios de la salud y por otra parte es la causa

de las demandas contra el personal de salud. (Carlos Tena Tamayo, Francisco Hernández Orozco, 2007)

Uno de los rubros de mayor importancia para la seguridad del paciente nos dice, que la comunicación hacia el paciente debe ser clara y oportuna (Alejandro, 2006); el paciente en muchas ocasiones se hace experto en su propia enfermedad y esta experiencia puede utilizarse para ayudar a identificar riesgos y concebir soluciones a problemas de seguridad del paciente, quien quiere estar involucrado como participe en su cuidado; por lo tanto el personal de enfermería necesita y tiene la responsabilidad de incluir al paciente en sus cuidados de salud, estableciendo una comunicación clara.

El propósito de esta investigación se enfoca a considerar las dificultades en la comunicación efectiva en los profesionales de enfermería y contribuir a la ampliación del conocimiento acerca de la misma. Se busca también reflejar la necesidad que existe de abordajes de estrategias de enseñanza acerca de la comunicación.

Por último, las herramientas de la comunicación nos deben servir para consensuar y facilitar los cuidados y posteriormente autocuidados del paciente. Mediante el uso correcto de la comunicación conseguiremos, además de todo lo anterior, trabajar en un ambiente agradable y gratificante.

Objetivo principal.

Identificar las características de la comunicación del personal de enfermería con los pacientes y su relación con la atención en la internación general de la Clínica Pasteleros de CABA, Argentina, durante el período comprendido entre en el periodo de marzo- abril del 2020.

Objetivos específicos.

1. Identificar las características de la comunicación del personal de enfermería en la dimensión verbal y no verbal.
2. Analizar la relación entre las características de la comunicación y la forma de atención del personal de enfermería hacia los pacientes
3. Determinar la percepción de los pacientes sobre la comunicación con el personal de enfermería.

Marco teórico.

Estado del arte.

Luego del relevamiento llevado a cabo a partir de investigaciones relacionadas a la temática de este proyecto se seleccionaron algunas que significaron importantes aportes en el mismo. A continuación realiza una descripción y comparación con ellas:

Vicente Alvarado y Lili Alinda (2007) realizaron una investigación sobre la calidad de las relaciones interpersonales enfermera-usuario según Teoría de Travelbee en el Pabellón A del Hospital Militar Central. En Lima, Perú. Guardando un enfoque cuantitativo, descriptivo transversal, cuyo objetivo fue determinar la calidad de las relaciones interpersonales enfermera- usuario según la Teoría de Travelbee mediante la observación a cada una de las enfermeras.

Esta investigación tiene en similitud con el presente proyecto que; considera que la atención de enfermería debe ser centrada en el paciente, refiriendo que La comunicación enfermero – usuario es un elemento básico para determinar la calidad que se da en el trato diario, sin embargo se centra en la satisfacción del usuario, sin considerar la visión de los enfermeros en su relación con el paciente. Los hallazgos más significativos que detalló fueron: En la Relación Interpersonal Enfermera- Usuario, predomina un nivel medio en el cual en su desempeño profesional las enfermeras *“necesitan reforzar sus habilidades y destrezas para la comunicación, ya que existen factores que impiden una relación interpersonal óptima”*.

Polanco, Yolanda (2008) confecciono su investigación en relación a los aspectos presentes en la comunicación de la enfermera, la familia y la institución en la unidad de cuidado intensivo, planteó como objetivo identificar los aspectos presentes en la comunicación de la enfermera mediante un estudio tipo revisión documental que permite un análisis crítico del problema. Siendo una de las conclusiones presentadas que: *“los sentimientos, actitudes de angustia, desesperación, frustración y miedo que se produce en las unidades de cuidados intensivos es originada mayoritariamente por la inconformidad de una mala comunicación y mala proporción de información”*. Las similitudes de esta investigación con el proyecto tienen que ver con el

enfoque hacia la valoración de la comunicación del personal de enfermería, aunque sumando un abordaje en el acompañamiento psicológico, además por desarrollarse en una terapia cerrada se centra en la familia y no el paciente.

Díaz Cortés M.M. (2011) trabajó sobre la “Comunicación enfermera/paciente reflexión sobre la relación de ayuda”. 2011; esta investigación es una gran influencia para el corriente proyecto, si bien se orienta a la relación de ayuda con los pacientes plantea que para favorecerla se debe identificar la importancia de la comunicación del personal de enfermería y su necesidad de desarrollar habilidades sociales que consigan que la comunicación favorezca a la relación de ayuda que será relevante en el procesos de salud.

En otra investigación Santos y Shiratori (2008) efectuaron un estudio enfocado específicamente a la comunicación no verbal y su importancia en los cuidados de enfermería, cuyo objetivo fue identificar el desempeño de la comunicación no-verbal en los estudiantes y graduados de enfermería, y analizar la influencia de la misma en el cuidado de enfermería. Esta investigación ahonda en la falta de capacitación de enfermería en la comunicación no verbal, siendo especialmente notoria en áreas cerradas, donde los pacientes están intubados y no pueden expresarse verbalmente. Como conclusión esta investigación detalla que es evidente la necesidad del uso de abordajes de estrategias de enseñanza para la implementación del cuidado de enfermería, puesto que se observa en la práctica la falla del proceso comunicativo. Y este hecho crea barreras para la aplicación de los planes de salud.

Concepto de comunicación.

La comunicación se entiende como un proceso de relación entre sujetos que supone un proceso de producción de sentidos, sin restringirla sólo a meros instrumentos tecnológicos o a la transmisión de información. Se puede analizar en un trans fondo cultural y social, entendiendo a la cultura como la forma de percibir el mundo, y de percibirse uno mismo en él, como un conjunto de valores, creencias e ideas que se encuentran en constante intercambio, elaboración y reelaboración por parte de las personas y grupos que las producen. Además, pensar la comunicación como proceso implica repensarla a partir de “los otros”, por lo cual debemos entenderla como proceso orientado

a la promoción y establecimiento de diálogos. No puede haber comunicación si no hay intención de dialogar con otros. Por lo tanto, el sentido fuerte de la comunicación no está sólo en la posibilidad que tenemos para hablar o expresar lo que sentimos, deseamos o exigimos sino también de escuchar al otro, conocer su opinión e intercambiar ideas. En definitiva, comprender que la comunicación es una vía de doble sentido. Por eso la comunicación es un conjunto de prácticas y espacios donde se hace posible la producción de sentidos que permiten procesos de interacción social. Dicho de otra forma es una actividad humana relacional en la cual se ponen en juego las particulares de cada uno de los intervinientes, a partir de un conjunto de conocimientos que pueden ser más o menos compartidos, en pos de lograr acuerdos en cuanto a cómo comportarnos en la vida y cómo darle sentido a lo que nos rodea.

Modelo comunicacional.

Daniel Prieto Castillo (1990) presenta un modelo de comunicación acorde a las ciencias humanas, en el cual se expresan claramente los elementos presentes en los procesos de comunicación y su relación intrínseca con la vida diaria. En este modelo se visualiza un análisis crítico del contexto o de la situación en la cual se lleva adelante el proceso de comunicación. El proceso de comunicación intervienen por lo menos ocho elementos: Emisor, códigos, mensajes, medios y recursos, referente, marco de referencia, perceptor y formación social. Se prefiere la expresión fase de emisión, en lugar de emisor, para romper con la linealidad del esquema anterior. Además, en todo proceso de comunicación, se emite permanentemente, se está hablando o no, ya que la emisión se da a partir de un conjunto de signos que son determinantes y determinados por el universo cultural de significaciones donde se da dicho proceso.

El mensaje es fundamental en el proceso ya que en él se plasma la intencionalidad de la fase de emisión. Este se puede considerar como un signo o conjunto de signos (verbales, visuales, gestuales, objetos, etc) capaz de significar algo a alguien sea en sentido referencial (información sobre un tema) o en sentido estético (manifestación de placer o rechazo).

Código son las reglas de elaboración y de combinación de elementos de un mensaje reglas que deben ser conocidas entre los participantes de un proceso de comunicación.

Marco de referencia constituye el contexto inmediato que permite la interpretación de un mensaje.

Perceptor se refiere a un individuo, grupo de individuos hoy qué estación que interpreta un determinado mensaje desde su respectivo marco de referencia y mediante un conocimiento del código utilizado. Se rechaza para hablar de seres humanos la expresión “receptor” ya que implica terminal de un proceso o un elemento que sirve para retransmitir algo. El hombre no recibe pasivamente, recibe activamente. Esto está por demás demostrado en las investigaciones de la psicología de nuestro siglo. También hay que rechazar la tendencia a homogeneizar a los perceptores como si fuera una masa indiferenciada. Distinciones por edades, sexo, relaciones sociales, lugar de vivienda, trabajo, etc., resultan elementales para poder comprender la diversidad de situaciones de percepción dentro de determinados procesos de comunicación.

El concepto de formación social permite situar dichos procesos en sus condiciones económicas, políticas y sociales fundamentales. Qué es emisor o receptor en una determinada situación, dentro de tensiones sociales, dentro de ciertas relaciones de poder, dentro de un grupo y no de otro.

Los medios y recursos son los instrumentos que se utilizan para la circulación de los mensajes, que dependerán obviamente del tipo de comunicación que se esté estableciendo (masiva, semi masiva, etc.).

El referente comprende todo objeto, situación, idea, sea real o imaginaria, al que alude el mensaje, por tanto se caracteriza distintos mensajes según sean de baja referencialidad, cuando aluden a algunos datos superficiales, o alta referencialidad cuando se el mensaje pretende ser exhaustivo, etc.

Teoría de la comunicación humana según Watzlawik.

En el libro teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas escrito por Paul Watzlawik, con las colaboraciones de de Janet Beavin-Bavelas y Don Jackson, se presentan cinco axiomas de la comunicación como aspectos que siempre están presentes en los procesos interpersonales, aunque adquieran diferente forma. Estos axiomas permiten ampliar el contexto para entender dicho proceso, es decir, no focalizar sólo en el contenido de los intercambios, sino más bien tener en cuenta la totalidad de

la situación. En este sentido, estos autores plantean como evidentes los siguientes aspectos:

1. Axioma: "Es imposible no Comunicar"

Todo comportamiento en una interacción tiene valor comunicativo, aunque alguien intente no comunicarse, cualquier actividad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre valor de mensaje. Esto implica que es imposible no comunicarse, ya que en ello estoy comunicando que NO quiero comunicar. En la relación con el personal de enfermería, se puede observar esto cuando el paciente no expresa verbalmente lo que piensa o sus emociones, pero podremos determinarlo valorando su comunicación no verbal, siendo sus gestos, movimientos, silencios, los que nos estén transmitiendo la información necesaria.

2. Axioma: "Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo califica al primero, y es por ende una metacomunicación".

La comunicación tiene un marco connotativo y de referencia; el marco de referencia se centra en el contenido del mensaje, es decir qué se dijo y el connotativo en cómo debe entenderse el mensaje según la relación entre los comunicantes. En la comunicación con los pacientes es de vital importancia lo que se comunica y como se lo hace, siempre recordando el estado de vulnerabilidad que significa para el paciente su internación. Cuando el personal de enfermería realiza un procedimiento invasivo y se lo explica al paciente generará bienestar y un estado de confianza, aún si le resultase doloroso, el paciente sabe que lo será y cuál es el objetivo para realizarlo. Siempre es importante la forma de comunicar.

3. Axioma: Toda comunicación se establece según una secuencia de puntuación. Siempre en cualquier comunicación hay una aceptación de la puntuación, es decir quien comienza la comunicación. (Ej.: se sabe que en un final la profesora comienza preguntando y los alumnos responden luego).

La Puntuación de la Secuencia de Hechos: Otra característica básica de la comunicación es la interacción, es decir, el intercambio de mensajes entre los comunicantes, los cuales se afectan mutuamente, generando el uno una reacción en el otro y generando una secuencia determinada.

En el contexto de salud se debe considerar como influye en la sensibilidad por las distintas situaciones, por lo que pueden ocurrir diferentes interpretaciones, según cada persona y el momento. En ocasiones según como sea la relación de los enfermeros/ as y pacientes puede diferir su interpretación de lo que dicen o hacen.

4. Axioma: Los seres humanos se comunican tanto analógica como digitalmente. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica compleja, pero carece de una semántica adecuada. El lenguaje analógico posee una semántica pero no una sintaxis adecuada.

Comunicación Digital y Analógica: la Comunicación Analógica es todo lo que sea comunicación no verbal, pero esto se presta a confusiones ya que solo se lo limita a movimientos corporales, pero el término incluye también las posturas, las miradas, estados de ánimos, etc.

La Comunicación Digital son códigos que le corresponden una significación (todo lo verbal). Sabiendo que toda comunicación tiene un aspecto de contenido y uno relacional, el aspecto relativo al contenido se transmite de forma digital, mientras que el aspecto relativo a la relación, se transmite de forma analógica.

En ámbito sanitario equilibrar tanto la comunicación digital como la análoga, permite empatizar con el paciente, ya que si bien es importante lo que se informa, lo que se transmite de manera no verbal influye en el aspecto relacional con el paciente; cuando sonreímos, lo vemos a los ojos, tomamos su mano.

5. Axioma: Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia. Interacción Simétrica y Complementaria: La relación simétrica y complementaria son relaciones basadas en la igualdad o en la diferencia.

En la Simetría, los participantes tienden a igualar su conducta recíproca y así su interacción puede considerarse simétrica (una relación entre hermanos).

En la Complementaria, la conducta de uno de los participantes complementa la del otro, la relación enfermero/a paciente es un ejemplo de la misma. No existiría una sin la otra.

La interacción simétrica se caracteriza por la igualdad, mientras que la interacción complementaria está basada en las diferencias.

La empatía.

La capacidad de entender al destinatario, de ponernos en su lugar, de identificarnos y compenetrarnos con él, en la psicología se denomina «empatía». Es una palabra clave en comunicación; está en su base misma. La eficacia de la comunicación depende de la capacidad empática del comunicador. La simpatía puede generarse a otra persona o no, es algo espontáneo, no racional, ajeno a la voluntad; un impulso que no controlamos ni dominamos. En cambio, la empatía es una actitud deliberada, voluntaria; un esfuerzo consciente que hacemos para ponernos en lugar de nuestro interlocutor a fin de establecer una corriente de comunicación con él. Es la capacidad de ponernos en la piel del otro, de sentir como él y de pensar como él. Como destreza, la empatía es una condición que se puede cultivar, desarrollar. Todos pueden incrementar la capacidad empática; en esa medida, se logrará ser comunicadores. Pero esa capacidad no es sólo intelectual, racional; no es una mera estrategia. Significa querer, valorar a aquellos con los que tratamos de establecer la comunicación, implica comprensión, paciencia, respeto profundo por ellos, cariño, aunque su visión y su percepción del mundo no sea todavía la que nosotros anhelamos. Significa estar personalmente comprometidos con ellos. (Kaplún, 1985)

El proceso de la comunicación.

Hoy en día una característica necesaria del proceso de comunicación es que se debe de establecer la naturaleza del proceso, es decir, se necesita conocer cuáles son los significados intencionales del mensaje y además saber cómo son reconstruidos por un receptor (Van-der Hofsand, 2003). El proceso de comunicación, supone la intervención activa, de forma dinámica de todos los interlocutores, porque cuando se envía un mensaje se pone en marcha toda una cadena de acontecimientos (DeFleur et al., 2005; Cibanal et al., 2010).

El proceso de la comunicación, consiste en la transmisión, de significados con cierto contenido intelectual o cognitivo, para evocar en otra persona el mismo contenido. Implica el intercambio conceptual entre dos o más interlocutores

conscientes. Además, está fundamentado en el análisis, como a su vez, se orienta muchas veces a la aparición o modificación de la conducta humana (Peleñuela y Álvarez, 2000). Así, la interacción discursiva, presenta una doble estructura cognitivo-comunicativa que se basa en la confrontación respectiva de las experiencias previas y en el conocimiento de una realidad particular por parte de los participantes en el proceso.

Por tanto, el valor de un acto comunicativo no se puede entender aisladamente como la adecuada emisión de oraciones sintáctica y semánticamente bien estructuradas. Este implica entender que, para resaltar la función comunicativa, hay que reconocer que cada individuo tiene un mundo interno subjetivo que está caracterizado por los conocimientos adquiridos, un estado de salud y una condición psicológica y mental específica. Estos condicionantes personales, finalmente determinan, la forma como se informa algo a otro individuo, quien también posee un mundo interno subjetivo diferente (Berger y Luckman, 1993). Además, estos conceptos nos explican cómo el mensaje siempre se descodifica mediante un acto de interpretación. Por esta razón, es que el mensaje debe ser lo más explícito posible, porque, sabemos que no existe una realidad objetiva, igual para todos los seres humanos, cada persona tiene una representación propia de la realidad, Lo que denominamos como realidad son construcciones cognitivas, que vienen determinadas por factores socioculturales, familiares y personales (Watzlawich, et al., 2002).

Barreras de la comunicación.

El proceso de comunicación no es fácil y se pueden cometer errores en todas las etapas del proceso. Cualquier cosa que bloquee el significado de lo que se está comunicando o que impida que el receptor lo entienda se considera una barrera en la comunicación.

Estas barreras pueden clasificarse en dos categorías principales:

a) Barreras internas de la comunicación

1. Diferencias culturales o de género entre el emisor y el receptor: las diversidades culturales y de género en nuestra actitud frente a ciertas cuestiones pueden hacer el proceso de comunicación más complicado.
2. No escuchar: el receptor no está interesado en lo que se está comunicando, no presta atención e ignora las señales no verbales.

3. Juicios: estereotipar, prejuzgar e idealizar bloquea el significado de la información.

4. Suposiciones: suponer que el perceptor piensan lo mismo sobre el contenido de lo que se está comunicando.

5. Historial de la relación: pensar en cómo acabaron las conversaciones previas con la misma persona o en la relación que se tiene con esa persona puede afectar a su manera de enfrentarse a conversaciones venideras.

6. Factor educativo personal: las experiencias de vida nos permiten construir nuestra manera de comprender la realidad y reaccionar delante de los hechos. Construimos nuestro marco de referencia que constituye uno de los aspectos más importantes de nuestra personalidad. Cada persona posee un marco de referencia único y tiende a emitir e interpretar los mensajes en función de los parámetros que lo caracterizan.

7. Deficiente redacción del mensaje: si el mensaje no contiene todos los datos de lo que se quieren expresar, conlleva a una falta de comprensión del mismo.

8. Incongruencia entre el contenido y la intención: si deseamos comunicar un mensaje, debemos asegurar que el contenido y la intención con que se comunica sean coherentes. La información que no sea específica o clara o que no esté relacionada con lo que se está comunicando puede constituir una barrera para la comunicación eficaz.

9. Falta de claridad: los mensajes que son confusos debido a la utilización inapropiada del lenguaje resultante de la utilización de un vocabulario inadecuado, hablar rápido o muy lento, ideas pobremente expresadas llevan a una transmisión inadecuada. La elección de palabras o imágenes usadas deben ser acordes a la comprensión del perceptor. No todo el mundo entiende igual los distintos términos y palabras.

10. Descuidos u omisiones: El mensaje no está constituido correctamente.

11. Filtración: El filtro, tanto si es intencionado como si no, implica una selección del que se comunica basada en prejuicios. La filtración es la manipulación de la información para que sea vista más favorable. No es posible la información objetiva.

B) Barreras externas de la comunicación

1. Ruido: Son las perturbaciones que provocan que el mensaje no sea descifrable en parte o en su totalidad. El ruido puede llegar a ser parte de la

información, deteriorarla o destruirla. Un ejemplo podría ser el ruido de la calle, teléfonos, etc. que impide entender el significado del mensaje.

2. Señales no verbales: si gestos faciales, el contacto visual, la apariencia, etc., no complementan lo que se está comunicando, el significado puede verse distorsionado.

3. Medio o canal de comunicación inadecuado: Seleccionar el medio erróneo puede conducir a malentendidos.

4. Presión de tiempo: Tratar de comunicar un asunto importante bajo presión de tiempo constituirá una barrera tanto para el emisor como para el perceptor.

Tipos de comunicación.

La comunicación se divide generalmente en dos tipos básicos: la comunicación verbal (palabras habladas o escritas) y la no verbal (gestos).

La comunicación verbal es la transmisión de un mensaje mediante la utilización de la palabra hablada o escrita, puede ser directa (oral) o indirecta (informes, boletines, programas, rumores).

Todo lo que se escribe o habla forma parte de la comunicación verbal. Las interacciones verbales entre compañeros, superiores o subordinados, enfermeras y pacientes, enfermeras y otros miembros del equipo constituyen la base de la comunicación verbal. Los memorandos escritos, los artículos en el diario, las peticiones y las asignaciones por escrito u otros informes por escrito también son comunicaciones verbales.

El habla es la forma más común de transmitir verbalmente un significado. Por lo general, se combina con signos no verbales. El tono de voz y la inflexión de la voz junto con las expresiones pueden comunicar más eficazmente ideas y sentimientos. También el volumen, la altura, la velocidad, la enunciación, y la resonancia de la voz del que habla son factores que influyen en la facilidad de los demás para entender el mensaje.

Es más difícil transmitir ideas por medio de la escritura que por medio del habla, porque el lector no tiene pistas externas, es decir, lenguaje no verbal que le ayude a clarificar el significado que el que escribe el mensaje intenta dar. Por tanto cuando transmitimos por medio de la escritura, el que escribe, ha de seleccionar palabras lo más precisas y concisas posibles.

La comunicación verbal es el esfuerzo consciente de utilizar las palabras (el lenguaje) como medio de intercambio de información, sentimientos, etc. Estas varían según la cultura, el fondo socio-económico, edad, educación, etc. La comunicación verbal presenta incontables maneras de intercambiar ideas, por ejemplo, la entonación de la voz puede cambiar el mensaje que se quiere transmitir.

Para realizar una comunicación verbal eficaz, se ha de tener en cuenta unos principios:

Simplicidad: El mensaje ha de estar construido con palabras de fácil comprensión, realizando estructuras que se adapten al campo estructural del perceptor y que no den pie a interpretaciones erróneas.

Claridad: Para conseguir una comunicación congruente debe haber concordancia entre el mensaje hablado y el mensaje no verbal transmitido. El emisor de un mensaje asertivo debe hablar con una claridad tal que el perceptor pueda comprender el mensaje sin tener que reinterpretar o recurrir a otras señales alternativas.

Momento y pertinencia: Para conseguir una correcta transmisión y percepción del mensaje es importante que el tiempo en el que se realiza sea apropiado, con la finalidad de asegurar que se escucha.

Adaptabilidad: Se ha de modificar o modular el lenguaje hablado en función de las señales (gestos, no verbal) procedentes del perceptor intentando conseguir variar los estímulos del momento a medida que se produce la comunicación mediante el feed-back recibido del perceptor; por tanto hay que evitar los mensajes rutinarios o automáticos.

Credibilidad: La validez de una creencia, la confianza que inspira el emisor puede ser el aspecto más importante de la comunicación. Para conseguir credibilidad se ha de conocer el tema objeto de la comunicación, de esta manera se sustenta la solidez del mensaje; a más a más ha de existir una actitud de confianza y seguridad con lo que transmitimos, sino no se creara clima de seguridad y credibilidad.

Lenguaje sencillo: Ayuda a clarificar el mensaje, más cuando se tiene la capacidad de seleccionar las palabras correctas. De allí que la enfermera requiere de un amplio vocabulario que se pueda usar responsable y

apropiadamente de acuerdo con cada situación. No se debe hablar del mismo modo a un paciente que a un grupo de personas aparentemente sanas.

Preguntas: Son esenciales para mantener la conversación, obtener información y mostrar interés por lo que dice la otra persona. El no utilizar preguntas puede provocar cortes en la conversación y la sensación de desinterés. A través del llamado feed-back, el profesional de la salud puede comprobar el desarrollo de la comunicación. Es tan necesario cerciorarse que el paciente está entendiendo la información que se le da, como tratar de conocer y comprender el problema que la persona presenta y poder dar los mejores cuidados para una mejor calidad de vida.

La comunicación no verbal es el lenguaje corporal y también los sentimientos que el emisor experimenta en el curso de la comunicación, ya que cuando nos comunicamos siempre transmitimos sentimientos. Expresamos nuestra actitud hacia el asunto o mensaje objeto de la comunicación. La comunicación no verbal es el lenguaje corporal y también los sentimientos que el emisor experimenta en el curso de la comunicación, ya que cuando nos comunicamos siempre transmitimos sentimientos. Expresamos nuestra actitud hacia el asunto o mensaje objeto de la comunicación, a menudo se lo limita a los movimientos corporales, a la conducta conocida como kinesia. “El término debe incluir la postura, los gestos, la expresión facial, la inflexión de la voz, la secuencia, el ritmo y la cadencia de las palabras mismas, y cualquier otra manifestación no verbal de que el organismo es capaz, así como los indicadores comunicacionales que inevitablemente aparecen en cualquier contexto en que tienen lugar una interacción.”(Watzlawick, Bavelas & Jackson, 1991, p.35)

El lenguaje corporal es un poderoso medio de comunicación, ya que sin escribir ni hablar transmitimos más a veces de lo que queremos decir. la comunicación no verbal no es consciente y, por tanto, no modulable, a diferencia del lenguaje utiliza formas no simbólicas. Knapp (1980) sugiere siete dimensiones de conducta no verbal en relación con la comunicación:

Kinésica: es el estudio del movimiento corporal. se calcula que existen más de 700.000 modos de comunicarse a través del cuerpo. incluye los movimientos de las manos, la cabeza, las piernas, o cualquier otra parte del cuerpo (como

los ruidos corporales, la dilatación de la pupila etc.), las expresiones faciales, la mirada y la postura.

Tactésica: es el estudio sistemático del contacto corporal. analiza que partes del cuerpo se utilizan para tocar, la frecuencia, la intensidad, el contexto donde se toca y su finalidad.

Proxémica: trata de las características espaciales de la interacción social, estudia las distancias, el territorio personal y la elección de la postura en la interrelación.

Paralingüística: estudia la forma en que son dichas las palabras. incluye el timbre de la voz, el tono, el volumen, el acento, las pausas silenciosas o rellenas con contenido (ejemplo, ¡ah!), la fluidez del lenguaje, el tartamudeo y la vocalización.

Características físicas del interlocutor. el color de la piel, la forma y el olor corporal además del atractivo físico de la persona que interactúa. artefactos: todos los objetos (ropa, joyas, perfume, peluca) y los adornos corporales (cabello, barba, bigote).

Factores ambientales: describe las características del entorno donde tiene lugar la interacción.

Clasificación de los actos no verbales

- Emblemas. Son actos no verbales. Se emplean de forma intencionada y consciente, habitualmente cuando otros tipos de mensajes son difíciles, por ruidos o distancias. Algunos ejemplos son mover las manos en señal de despedida o fruncir la frente para indicar desaprobación.
- Ilustradores. Son movimientos asociados al lenguaje verbal y sirve para ilustrar lo que se verbaliza. Ejemplo, los movimientos de las manos de los enfermos y médicos para informar que hay dolor o de cómo seguir un tratamiento.
- Reguladores. Son actos no verbales. Suelen ser específicos de cada cultura, por lo que pueden incurrir a errores en la comunicación. Por ejemplo, en los tratamientos de enfermos crónicos para persuadirlos de cambiar determinados hábitos. El contacto ocular, los cambios posturales o los movimientos de cabeza, son otros de los ejemplos. Uno de los adaptadores más importantes es la mirada y las muestras de afecto.

- Adaptadores. Son conductas no verbales. Es importante para los profesionales de salud saber “leerlos” con atención ya que surgen ante situaciones de comunicación desagradables (Ejemplos: fumar, tableteo con un bolígrafo sobre la mesa, tocarse la nariz, rascarse y frotarse las manos), incluso pueden llegar a ser síntomas patológicos (en niños con síndrome de abandono).
- Expresiones emocionales. Constituyen un lenguaje universal y se expresan básicamente mediante gestos faciales.

Hoy en día sabemos que podemos manipular esos signos comunicativos y con ellos a las personas, pero también sabemos que podemos usarlos para percibir actitudes y sentimientos que de otra manera tal vez, no advirtiéramos.

Elementos no verbales:

1º La mirada El contacto ocular con la otra persona expresa deseo de comunicarse e interés. Por el contrario, la falta de contacto ocular implica renunciar a la comunicación y por último, la mirada de soslayo se asocia a desconfianza. Dentro de la mirada encontramos otros aspectos como los movimientos de los ojos (parpadeo o fruncir las cejas) que pueden indicar excitación, dolor o relajación; el humedecimiento ocular tanto para demostrar tristeza como alegría y la dilatación pupilar que puede indicar alarma].

2º. La sonrisa Tradicionalmente se asocia a situaciones de bienestar y sentimientos positivos hacia la otra persona, sobre todo si se acompaña de la mirada. Fernández Dols (1994) reconoce que las expresiones de afecto son uno de los comportamientos no verbales mejor estudiados en Psicología. Las últimas líneas de investigación en este sentido están trabajando sobre la hipótesis del “feedback facial” puede ser defensiva (ejemplo: la que se emplea para justificar una situación o unas palabras), o de placer que indica gratitud, bienestar y humor. La contracción de los músculos faciales o la depresión de la comisura bucal pueden indicar que la persona está triste, preocupada o enfadada

3º. La postura corporal: La postura del cuerpo inclinada hacia adelante se asocia a apertura a la comunicación y atención al tema. La postura hacia atrás, por el contrario, expresa desconfianza o desagrado. En relación a la postura, encontramos pacientes que no se mueven en la cama, y mantienen todos sus músculos rígidos. Suelen ser poco comunicativos, están deprimidos o es un

síntoma de aislamiento. También el profesional de enfermería puede adoptar posturas que comprometen sus actos, como la postura de poder que se suele emplear de forma desagradable para hacer sentirse inferiores a los demás. Estas posturas pueden variar de la indiferencia al grito y lejos de tranquilizar al paciente, perjudican su salud y minimizan la comunicación.

4°. Movimientos corporales: Se incluyen los gestos, utilizados de forma habitual por aquellos pacientes que tienen defectos graves de audición y que tienen que comunicarse mediante movimientos corporales o códigos de imágenes. También se incluyen en el grupo los movimientos de cruzar y descruzar las piernas o los brazos, en la mayoría de las veces indicando ansiedad, malestar o nerviosismo. Basta con observar un poco a los pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica o a una exploración dolorosa cómo se frotan las manos de forma inquieta y empiezan a tener sudoración aunque haga frío.

5°. El tacto: Es la dimensión de la conducta no verbal que presenta mayores diferencias culturales. En entornos sanitarios el tacto es usado con dos funciones: a) Instrumental. Produce gran ansiedad en los pacientes. Se relaciona con actividades o técnicas que pueden provocar dolor o malestar y requiere un gran respeto por parte del profesional de enfermería. En estas ocasiones unas palmaditas en la espalda antes y después de una inyección o una curación pueden significar mucho para el paciente. Este método tiene especial significación en pacientes que son invidentes y que confían en el sentido del tacto para captar los mensajes que les dirigen. b) Expresivo. Cuya única función es comunicativa. Sirve para expresar confianza, empatía y apertura hacia la comunicación. El tacto es un tipo de comunicación a la que no se le ha prestado toda la atención necesaria desde el punto de vista de los cuidados. Es importante considerar este sentido como un elemento a valorar y a desarrollar por parte de los profesionales que están al cuidado de la salud de las personas. A través del tacto, la relación con el paciente puede desarrollarse en condiciones óptimas para ambos y así obtener mejores resultados.

6°. El espacio personal: Ayuda a regular la interacción. Sin embargo, debemos considerar que también puede generar conflictos. El paciente agradece que los profesionales se acerquen próximos a la cama para permanecer cerca e interesarse por él, sin embargo, cuando el acercamiento tiene que ver con la

realización de exploraciones o curas, la percepción de territorialidad es diferente. Se producen reacciones fisiológicas y el paciente inicia un cuadro de ansiedad aumentando su frecuencia cardíaca y sus movimientos. Así pues es importante para los profesionales de la salud aprender a penetrar en la burbuja personal de sus pacientes poniéndose en el lugar del otro.

7º. La escucha activa

La forma más visible y clara de acogida y de aceptación es la escucha activa. Escuchar activamente consiste en utilizar todos los sentidos para captar la experiencia de quien se comunica. Por eso no se escucha únicamente con los oídos, sino también con la mirada receptiva, con el contacto corporal acogedor, con la proximidad física adecuada, con la atención al lenguaje no verbal del paciente, con la lectura atenta de sus silencios y con la atención al paralenguaje. De aquí que escuchar sea un acto profundo que nace del silencio. Escuchar, pues, es mantener la conversación centrada en el ayudado y favorecerle un hospedaje en nuestra persona. Centrada en el otro, la relación de ayuda al enfermo no investiga ni explora terrenos que el enfermo se quiere reservar, no fuerza la conversación. Escuchar significa también no hablar, es decir, captar el mensaje enviado por el paciente que no desea la conversación. Una presencia silenciosa o saber retirarse serán oportunos cuando sean fruto de una escucha atenta de las necesidades del enfermo. Escuchar es el modo de poner en práctica la actitud de la acogida o aceptación incondicional, de modo que es necesario saber escucharse y acogerse a sí mismo, es decir, no ser un extraño para sí, sino conocerse, ser consciente y dueño de los propios sentimientos y de las propias reacciones y poseer un buen grado de auto-aceptación.

Las enfermeras y los enfermeros que emplean la escucha activa se centra en las necesidades del paciente y es capaz de diferenciar los sentimientos, valores y creencias del paciente de los propios, con el propósito de que la comunicación se produzca con fluidez y libere prejuicios.

8º. El silencio: Tanto el silencio como la quietud forman parte de la comunicación. Ni el silencio está vacío ni las llamadas pautas vacías. Ambos siempre están llenos de paralenguaje, de Kinesia o por ambos. Los silencios tienen funciones muy positivas ya que pueden dar tranquilidad al paciente en momentos muy necesarios. Es el caso del silencio del amor compasivo que

une en lugar de separar, que mantenemos ante el dolor de otra persona o con el enfermo, con quien a veces nada hay que decir. El silencio profesional que debe ofrecerse ha de ayudar al paciente apoyando sus propios silencios y no terminándolos prematuramente sobre todo cuando se trata de una confesión difícil. Sus mensajes no verbales pueden darnos la clave de lo que realmente está diciendo u omitiendo, es decir, de lo que realmente necesita de nosotros, aun cuando él ni siquiera lo sepa de forma consciente.

9º. El atractivo personal y los artefactos.

Se refiere a la apariencia física. Aspectos como la altura, el color de pelo, el tono de piel, influyen en las relaciones personales. Nadie pone en duda que son estímulos no verbales aquellos que determinan la primera impresión y la valoración que hacemos en un primer contacto con otra –persona. Hay una serie de preguntas que permiten acercar su influencia en la relación con el paciente. Las mismas son: ¿Le importa al usuario la edad del profesional que le atiende? ¿Con quién tendrá una información más fluida, con un profesional joven o de más edad?, ¿Con uno que tenga barbas o sin ellas? ¿Se relacionará mejor con un hombre o con una mujer? Su relación, ¿Siempre será con la misma persona, o con cualquiera del equipo? Pasó con él una hora entera en silencio completo, y esa hora es para ella una de las más bellas de su vida (Tournier, 1984).

La denominación de "artefactos profesionales" se utiliza para nombrar aquellos objetos que están relacionados directamente con la profesión de una o de varias de las personas que interactúan. Estos objetos, por lo que significan, están mediando en la relación.

Componentes paraverbales.

Los componentes paraverbales o paralingüísticos son aquellos que, al emplear el lenguaje, su utilización no altera el contenido de las palabras, pese a que haga variar el significado. Nos referimos al «cómo se dicen las cosas», en lugar de «lo que se dice». Este tipo de elementos puede afectar totalmente al significado de lo que se expresa. Por ejemplo, un mismo mensaje se puede expresar con un volumen mayor o menor. El uso de distinto volumen, puede hacer cambiar totalmente el significado del mensaje, pese a que las palabras

sean las mismas y únicamente se cambie el volumen. Seguidamente presentamos los principales elementos paraverbales de la comunicación.

– El volumen de la voz: la función primordial del volumen es hacer que nuestros mensajes puedan ser escuchados por las personas a las que nos dirigimos, con lo que nos estaríamos refiriendo al nivel global medio de volumen con el que transmitimos un mensaje. Es importante, que en aquellos elementos de nuestro mensaje que queramos enfatizar y captar la atención del paciente utilicemos un volumen de voz más alto.

Por otra parte, cuanto más alto habla una persona más nerviosa se considera que está. Por tanto, el volumen tiene una especial importancia en la impresión que los otros se hacen de nosotros.

Así, debemos esforzarnos por encontrar un volumen de voz adecuado y dar un mayor énfasis a lo que consideremos más importante.

– El tono: el tono refleja la calidad de la voz. Además, hace que varíe el significado del mensaje y expresa la confianza en uno mismo. Las personas con poca confianza en sí mismas utilizan un tono monótono, con pocas variaciones y un volumen de voz bajo. El tono asertivo debe de ser uniforme y bien modulado, sin intimidar a la otra persona; pero, basándose en una seguridad. (Egúsquiza Pereda, 2012)

– La velocidad. Sabemos que el tiempo siempre apremia en el ámbito sanitario, pero ello no debe suponer aumentar la velocidad del habla, ya que se corre el riesgo de que si es muy elevada el paciente no nos entienda. Y si por el contrario es muy lenta corremos el riesgo de aburrir a nuestros interlocutores.

– La fluidez y claridad. En ocasiones, e independientemente de la velocidad, las palabras no se entienden, porque se entrecortan, por un acento excesivamente marcado o por otros motivos, lo que, además de impedir a veces que se nos pueda entender, puede ser objeto de interpretación al atribuirnos por ello un determinado estado emocional (normalmente ira o impaciencia).

Para evitar estas interpretaciones deberemos esforzarnos en abrir la boca al hablar para pronunciar con más claridad.

– El tiempo de habla. Nos referimos a la duración de las intervenciones de los interlocutores mientras se está produciendo una conversación. El uso correcto del mismo supone que ninguno de los participantes en la conversación acapare

la misma, y que todos participen proporcionalmente con relación al tiempo que se utilice. Habrá que tener en cuenta las situaciones en que por diversos motivos se espere de alguno de los interlocutores una mayor participación, o se marque de esta forma por una de las partes (por ejemplo en entrevistas de cualquier tipo). . En líneas generales, a mayor duración del habla más asertiva se puede considerar a la persona; pero, en ocasiones, el habla durante mucho rato puede ser un indicativo de una excesiva ansiedad. Es lo más adecuado es un intercambio recíproco. (Caballo, 2005)

– Las pausas y silencios. Las pausas y silencios que se producen durante la comunicación pueden tener como objetivo remarcar los signos de puntuación a lo largo del discurso o bien pueden deberse a factores emocionales (angustia, bloqueos, etc.), intelectuales (reflexión, no saber qué decir, falta de ideas) o de interacción con el profesional sanitario. Por ejemplo, si el paciente no confía con el profesional de enfermería, puede permanecer en silencio mientras éste le visita, y así mostrar su resistencia. Por su complejidad y riqueza, el silencio es una parte esencial de la comunicación, y es importante no trivializarlo o eliminarlo, evitándolo o desviando el tema de la conversación.

– La latencia de respuesta. La latencia de respuesta hace referencia al tiempo que tardamos en empezar a hablar una vez que ha terminado de hacerlo nuestro interlocutor. Empezar a hablar antes de que el otro haya terminado indica ansiedad, mientras que hacerlo mucho después puede indicar tristeza, aburrimiento o desinterés.

La comunicación en el cuidado de la salud.

Las interpretaciones del concepto de comunicación en salud han evolucionado en los últimos años. De acuerdo con Healthy People 2010 la comunicación en salud puede contribuir a todos los aspectos de la prevención de enfermedades y promoción de la salud. Es relevante en diferentes contextos incluyendo: relación médico-paciente, búsqueda de información respecto a salud a través de varios medios masivos de comunicación, adherencia a regímenes, y recomendaciones clínicas, construcción de mensajes de salud, y campañas, propagación de información individual o para la población en general sobre asuntos de salud que son de alto riesgo, imagen de salud, y los elementos de la cultura en los medios, educación de los consumidores sobre cómo tener

acceso a sistemas de cuidado de salud y en el desarrollo de aplicaciones tecnológicas relevantes para la salud pública.

Healthy People 2010 destaca los atributos que debe tener una comunicación de salud efectiva. Estos son:

1. Exactitud- El contenido es válido y sin errores de hecho, interpretación o juicio.
2. Disponibilidad- El contenido es enviado o colocado donde la audiencia puede tener acceso al mensaje. Su colocación dependerá de la audiencia, complejidad del mensaje y propósito. Desde canales interpersonales de comunicación hasta redes sociales, así como TV, radio, kioscos públicos o medios electrónicos tales como periódicos e Internet deben ser considerados.
3. Balance- El contenido debe ser apropiado, además de poseer los beneficios y riesgos de acciones potenciales. Debe reconocer diferentes y válidas perspectivas de un asunto.
4. Consistencia- El contenido debe poseer consistencia interna y estar en línea con otras informaciones sobre el tema que hayan sido publicadas por expertos.
5. Competencia cultural- El diseño, la implementación y la evaluación de los procesos debe considerar los diferentes grupos poblacionales y sus características tales como: etnia, raza, lenguaje, niveles de educación e incapacidad.
6. Evidencia base- Evidencia científica relevante que haya sido revisada y analizada rigurosamente para formular guías prácticas, medidas de ejecución y criterios de implementación, así como evaluaciones de tecnologías para aplicaciones de tele salud.
7. Alcance- El mensaje debe estar al alcance de la mayor cantidad de personas pertenecientes al público objetivo de la comunicación.
8. Fiabilidad- La fuente de la información es creíble y el contenido se mantiene actualizado.
9. Repetición- El envío de la información de forma reiterativa para reforzar el impacto que pueda tener en la audiencia.
10. A tiempo- El contenido es provisto o se encuentra disponible cuando la audiencia está más receptiva o necesita la información específica.
11. Entendible- El nivel del lenguaje y el formato (incluyendo multimedia) son apropiados para las audiencias específicas.

En América Latina la comunicación en salud se ha enmarcado bajo tres diferentes tendencias:

En primer lugar, como instrumento, herramienta, medios, en donde el énfasis se centra en la comunicación masiva, donde comunicar es transmitir información; en segundo lugar, como eje de los procesos de organización, participación y cambio social; en tercer lugar una concepción híbrida, entendida como red, como tejido que constituye un fundamento de la cultura e interacción humana (Pereira citado por Rodríguez, Moreno y Cardozo, 2006). Esta definición conjuga de forma interesante la comunicación masiva, la participación ciudadana y las redes de interacción humana como elementos principales dentro de un proceso de comunicación en salud.

De acuerdo con Alcalay (1999) la comunicación para la salud es un área muy fecunda de trabajo y de investigación aplicada e interdisciplinaria. Representa un modelo de cómo la ciencia de las comunicaciones adquiere relevancia social aportando a otras áreas del quehacer humano —en este caso a la de la salud— teorías, conceptos y técnicas para mejorar el bienestar de la población. La comunicación en salud ha sido interpretada o definida a través de los años como el estudio de la naturaleza, alcance y función, así como los medios por los cuales los tópicos de salud alcanzan y afectan las audiencias apropiadas. Las áreas de estudio incluyen: métodos de formulación de mensajes, estrategias de implantación y técnicas de avalúo.

Desde la perspectiva de que la buena salud debe destacar el cuidado sobre la curación así como la prevención sobre la prescripción, la comunicación en salud ha sido definida como: —El proceso y efecto de emplear medios persuasivos éticos en la toma de decisiones para el cuidado de la salud humanall (Ratzan, 1994: 225).

En el contexto académico la comunicación en salud se ha definido como el arte y la técnica de informar, influir y motivar audiencias a nivel individual, institucional y público acerca de asuntos de salud importantes. Su alcance incluye prevención de enfermedad, política de cuidado de salud, así como el aumento de la calidad de vida y salud de los individuos dentro de la comunidad (Ratzan, 1994).

Uno de los más recientes enfoques propuestos para catalogar el proceso de comunicación en salud, y defendido por varios autores entre los que se destaca

Gumucio-Dagrón (2001), expone la necesidad de una comunicación para la salud comunitaria y que está basada en el diálogo (Comunicación para la salud- el Reto de la participación). De acuerdo con este nuevo paradigma se entiende que las comunidades deben ser protagonistas y gestoras de los cambios que las afectan. Debieran del mismo modo ser responsables del manejo de su salud. Y en consecuencia, de su propia comunicación.

Este nuevo enfoque- catalogado como comunicación alternativa- representa un reto para las autoridades gubernamentales, y privadas encomendadas al desarrollo de esfuerzos que promueven cambios de conductas, y mejores estilos de vida en la población, ya que trastoca los enfoques tradicionales de comunicación en salud predominantes por las últimas décadas. Sugiere de forma intrínseca el conocimiento que debe tener un estudioso de la comunicación en salud de todos los aspectos relacionados al fenómeno de la cultura inmerso en las comunidades protagonistas del esfuerzo del cambio social.

El profesional sanitario, en la interacción comunicativa con el paciente tiene la posibilidad de brindar actividades auténticas, de empatía y reflexión, además de aplicar técnicas del cuidado y potenciar momentos especiales de encuentro. Collière (1993) indica que, para que en el cuidado exista reciprocidad, el profesional de salud necesita contemplar al paciente como un ser holístico y activo; que en muchas situaciones por su condición de salud puede presentar respuestas cambiantes.

Por tanto, el cuidado de la salud, es una tarea mutua entre el personal de salud y el paciente, donde ambas partes deben ser comunicativas, confiadas, respetuosas, y comprometidas entre sí. De manera que se enriquezcan tanto el paciente como el profesional asistencial. El cuidado ayuda al paciente a enfrentar y tratar con éxito situaciones estresantes y reflexionar sobre el significado de las circunstancias (Garrido, 1990; García, et al., 2003).

Teorías en enfermería en relación a la comunicación.

Quienes se han dedicado al desarrollo de las teorías en enfermería, consideran a la comunicación como un factor importante hacia el desarrollo de las mismas, de tal manera que puedan aportar los conocimientos necesarios para perfeccionar la práctica diaria; favorecer el desarrollo de la capacidad analítica,

clarificar los valores y determinar los propósitos del ejercicio profesional. Alligood y Marriner (2011) en su libro "Modelos y teorías en enfermería" citan algunas teóricas que toman a la comunicación como fundamento para la elaboración de su trabajo algunas de ellas son:

Faye Glenn Abdellah. - Desarrolló su tipología de los 21 problemas de enfermería entre los que se encuentra: el facilitar el mantenimiento de una comunicación eficaz verbal y no verbal.

Virginia Henderson: identifica 14 necesidades básicas en el paciente que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería, en donde se identifica la necesidad de comunicarse con los demás, *expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones.*

Ernestine Wiedenbach.- Esta teórica habla sobre las *Habilidades de comunicación:* Indica que son la capacidad de expresión de pensamientos y sentimientos que la enfermera desea transmitir a su paciente y a otras personas, relacionadas con su cuidado. Se pueden utilizar expresiones verbales y no verbales, aisladas o conjuntamente, para comunicar un mensaje o para provocar una determinada respuesta.

Jean Watson: Ella basa su teoría sobre el ejercicio profesional de la enfermera en 10 elementos asistenciales entre los que se encuentran: El desarrollo de una relación de ayuda-confianza. El desarrollo de este tipo de relación es crucial para la asistencia transpersonal. Una relación de confianza promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos. Implica coherencia, empatía, afecto no posesivo y *comunicación eficaz.* Además incluye el término empatía y la describe como la capacidad de experimentar y por lo tanto comprender las percepciones y sentimientos de otra persona, así como para comunicar esta comprensión.

Agrega que el afecto no posesivo se demuestra hablando en un tono de voz moderado y adoptando una postura abierta y relajada, y unas expresiones faciales coherentes con otras comunicaciones. Afirma que la comunicación eficaz está constituida por elementos cognitivos, afectivos y de respuesta conductual.

Joyce Travelbee: Define a la comunicación como el proceso por el cual la enfermera es capaz de establecer una relación de persona a persona con el paciente y realizar así el propósito de la enfermería, esto es, ayudar a los

individuos o a la familia a prevenir o a enfrentarse con la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento y, en caso necesario, ayudarles a encontrar un sentido a dichas experiencias. Para Travelbee, la interacción se refiere a cualquier contacto entre los individuos durante el cual éstos ejercen una influencia recíproca e implica establecer entre sí una comunicación verbal o no verbal.

Hildegard Peplau: En 1952, en "Relaciones interpersonales en enfermería", Peplau orienta los cuidados a partir de una perspectiva centrada en la relación interpersonal y define a la enfermería como una ciencia humana. Apoyándose en las bases del modelo psicológico para desarrollar el cuidado, conforme su teoría a partir de la teoría psicoanalítica, la teoría del aprendizaje social y la teoría de la motivación humana y el desarrollo de la personalidad y de este modo, permitió que las enfermeras comenzaran a alejarse de la enfermería orientada hacia la enfermedad, para acercarse a un modelo en el que el significado de los acontecimientos, los sentimientos y los comportamientos, pudieran ser explorados e incorporados a las intenciones de la enfermería. Ello otorgó a las enfermeras la oportunidad de enseñar a los pacientes como experimentar sus sentimientos e indagar junto a ellos la mejor manera de llevarlo" (Marriner, 1989:158). Así, las intervenciones de las enfermeras son procesos interpersonales terapéuticos y significativos para la persona. Los cuidados han de ser individualizados haciendo especial hincapié en la relación humana entre enfermería y la persona necesitada de ayuda.

Dado que describe los cuidados enfermeros como un proceso interpersonal terapéutico, este marco conceptual permite que los profesionales de enfermería dejen de centrar su atención hacia la respuesta biofísica de la enfermedad, para acercarse al significado de enfermar del paciente, a sus miedos, sus creencias, a su mundo interior y a las vivencias que la enfermedad le ocasiona de un modo individualizado y subjetivo.

Peplau define a la enfermería como un proceso psicodinámico, donde los cuidados que prestan los profesionales exigen que estos sean capaces de comprender su propia conducta, para poder ayudar a otros a identificar las dificultades percibidas, siendo lo más destacable, saber aplicar principios de relaciones humanas a los problemas que surgen cuando las personas se encuentran en situaciones de crisis. Esta teorista, al igual que Henderson,

entendía a cada persona como un individuo moldeado por la cultura y la biología.

Ida Jean Orlando.- Su trabajo estuvo grandemente influido por la teoría de la comunicación y emergió de sus propias observaciones; propuso que la responsabilidad de la enfermera es *verificar que las necesidades del paciente se cubran*, bien mediante la propia actividad de la enfermera o por la intervención de los demás integrantes del equipo de salud.

En todos los modelos de comunicación se halla implícito el concepto de que ésta posee dos elementos interactuantes: el valor del contenido del mensaje y el valor interaccional o *perceptual del mensaje* y de sus participantes. El valor del contenido se refiere al aspecto de información y se expresa en formas verbales o no verbales. El valor de interacción o perceptual (al que se le denomina metacomunicación) identifica como se debe interpretar el contenido y la forma en que los otros participantes perciben la relación. Por lo que para Leddy y Pepper (1989), los tipos de comunicación son verbal, no verbal y la metacomunicación. Leddy y Pepper (1989) indican que, algunas de las características más importantes que deben poseer los comunicadores eficientes son la capacidad de *simpatizar, mostrar respeto y reaccionar sinceramente*. El proceso para alcanzar cada una de estas características representa un principio en el cual puede basarse la comunicación en el proceso de ayuda; por lo que se requiere: *empatía, respeto y autenticidad*.

Comunicación del profesional de enfermería.

En enfermería la comunicación resulta ser el proceso por la cual el enfermero establece la relación interpersonal con la persona cuidada, para realizar el propósito de la enfermería, que es ayudar al individuo y familia a enfrentar la experiencia y darle un sentido a la enfermedad. Josefina Marlen nos indica que la comunicación constituye: “una parte esencial del cuidado dado por la enfermera para ayudar a satisfacer las necesidades interferidas del paciente, se reconoce que la misma es determinante para establecer la relación, enfermera – paciente... son las actividades profesionales que realizan las enfermeras de cuidado directo para establecer la relación enfermera – paciente y permitirle participar en la toma de decisiones vinculadas a su cuidado” (Nery Botello, 2010)

Para esto se requiere del establecimiento de una comunicación eficaz una influencia positiva en la conducta de ambos.

Bermejo (2003) expresa: “ ... en una palabra, es necesario saber hacer, saber comunicar verbal y no verbalmente, saber escuchar y saber callar, saber conducir una conversación que progrese adecuadamente, que sea realmente de apoyo y no de defensa o de huida o de superprotección”.

El enfermero tiene que saber cómo entablar contacto con el paciente y desarrollar habilidades de comunicación de forma individualizada. Ya que a partir de ello se podrá comprender cómo se relacionan entre sí la salud, la enfermedad y la conducta humana; desde el punto de vista emocional la enfermedad es una situación negativa para el sujeto enfermo. De allí que el paciente exige una interacción cálida-satisfactoria, donde apoyo social-calor humano-ayuda e intervenciones técnicas trabajen en conjunto mientras dura su padecimiento, dolor o enfermedad. Siendo aquí donde se ponen en juego los aspectos más complejos del proceso social de interacción comunicativa.

Haltz señala: “El enfermo tiene la necesidad de comunicarse con los demás, por lo que es importante que el personal de enfermería establezca el lenguaje adecuado con los pacientes.

Para poder comprenderlo se necesita de la observación de los gestos y a si distinguir sus necesidades” (Bautista, 2006)

La enfermera puede afectar a otro a través del lenguaje escrito u oral, gestos, expresiones faciales, por tanto se acepta que el mensaje que comprende el paciente debe acoplarse a lo que quiere transmitir el enfermero, es por ello que la base está en la retroalimentación que desemboque en una comprensión mutua.

Estrategia metodológica.

Diseño

El proyecto presenta un diseño cualicuantitativo, descriptivo y transversal.

Fuente de datos.

Descripción del área.

La presente investigación se realizó en el área de internación general, subdividida en área COVID-19, de la Clínica Pasteleros.

Población y muestra.

Se compone por el personal de Enfermería de la Clínica Pasteleros, el cual se divide en cinco turnos, los cuales son: mañana (07 a 14 hs.), tarde (14 a 21hs), noche A y noche B (trabajando noche de por medio de 21 a 07hs), SADOFE (turno de sábados, domingos y feriados de 07 a 21hs.). La muestra se redujo a 40 enfermeros y enfermeras que se desempeñan en el sector de internación general sub-dividido en área de COVID-19, por protocolos de infectología para reducir contactos.

La otra parte de la población son los pacientes internados en el área de internación general de adultos de la Clínica Pasteleros del sector COVID-19. Siendo tomada una muestra de 18 pacientes.

Criterios de inclusión:

Licenciados en enfermería, enfermeros profesionales y auxiliares graduados, con título habilitante y matrícula, con experiencia de 1 año, mayores de 21 años de edad, pertenecientes al turno mañana, tarde, noche A y B y SADOFE.

Pacientes internados, lúcidos, ubicados en tiempo y espacio, que acepten realizar en cuestionario.

Criterios de exclusión:

No se tomaron en cuenta coordinadores de enfermería, personal eventual, ni personal médico.

No se tomaron en cuenta pacientes con deterioro del sensorio, desorientados, y que no acepten realizar cuestionario.

Herramienta de recolección de Datos.

Para la recolección de datos de los enfermeros se realizó una encuesta compuesta por: una introducción, datos generales y 14 (catorce) preguntas abiertas y cerradas.

Para la recolección de datos del paciente se utilizó como técnica una encuesta la cual permite recabar información en base de una serie de preguntas ordenadas, donde el paciente no necesitó conceptos amplios del tema. El mismo se dividió en: introducción, indicaciones y 7 (siete) preguntas, las primeras tres fueron conformadas por 3 ítems de respuestas, el resto fueron preguntas de carácter abierto.

Contexto de análisis.

La Clínica Pasteleros es un nosocomio joven, inaugurado en el año 2018, por el Sindicato de Trabajadores Pasteleros, el cual también incluye al personal de servicios rápidos, confiteros, heladeros, pizzeros y alfajoreros. Esta es la primera clínica para su exclusiva atención. Se encuentra ubicada en avenida Corrientes 4180 en la ciudad de Buenos Aires. El edificio cuenta con seis pisos, en la planta baja se encuentra admisión y la guardia compuesta por 4 consultorios, cuatro camas de observación y dos camas para el shock room. El primer piso presenta el laboratorio, y diagnóstico por imágenes, el segundo piso presenta la planta de cirugía con 3 quirófanos, la sala de endoscopia y la sala de recuperación posquirúrgica. El tercer piso es de unidad de cuidados intensivos e intermedios (UTI y UTIM) 14 camas. El cuarto y quinto piso presenta un total de 56 camas de internación general. Por último el sexto piso se compone por las oficinas de dirección y jefaturas, el comedor y el bar. Por otra parte el tercer subsuelo se encuentra las áreas de farmacia, hemoterapia, en el segundo esterilización y en el primero los vestuarios.

Para el proceso de recolección de datos primero se realizó el trámite administrativo según el protocolo de la Clínica Pasteleros solicitando la aprobación de la realización del proyecto de investigación ante el jefe de departamento de enfermería y al secretario de la Obra social de Pasteleros (O.S.T. P. S .R .C. H. P.YA.). Para la autorización fue requerida la presentación de: el tema, los objetivos, y cuestionarios a realizar. Una vez obtenida la aceptación la recolección de datos fue realizada por la investigadora en los meses de marzo y abril, para la misma se extremaron las medidas de bioseguridad pertinentes para interrogar a los colegas, mientras que los pacientes fueron entrevistados vía telefónica y/o mail dado el contexto aislamiento por COVID-19.

Resultados.

Luego de recolectados los datos estos han sido presentados en tablas y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación. Los resultados fueron:

En cuanto a la edad, se puede observar que el 62,5% se ubica en el rango de 21 a 35 años, el 30% se ubica entre los 36 y 45 años y el 7,5% son mayores de 46 años. En lo que respecta a la identificación del género percibido el 70% es femenino, y el 30% masculino. En cuanto a la formación académica se observa que predominan los enfermeros profesionales siendo el 65%, continúan los licenciados en enfermería con el 25% y por último los auxiliares conformados por el 10% restante. En lo respectivo a la antigüedad en la profesión el 80% cuenta con una antigüedad entre los 6 y 10 años, un 15% supera los 10 años y el 5% restante una antigüedad de 1 a 5 años en la profesión.

Dentro de la distribución por turno se evidencia que el 40% entrevistado representa al turno mañana, un 20% corresponde al turno tarde, otro 25% al turno noche, tanto A y B y por tanto el 15% que queda es del turno SADOFE.

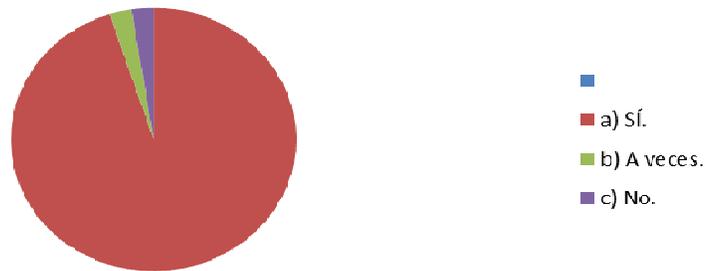
Tablas y gráficos.

Tabla 6. *Características de la población de enfermeros entrevistados de la Clínica Pasteleros según como se presentan con los pacientes.*

	Enfermeros	
	N° absoluto	Porcentaje.
¿Se presenta a los pacientes con su nombre?		
a) Sí.	38	95%
b) A veces.	1	2,5%
c) No.	1	2,5%
TOTAL	40	100%

Fuente: Encuesta de elaboración propia. Marzo, abril 2020.

Gráfico 6: Características de la población de enfermeros entrevistados de la Clínica Pasteleros según si se presenta con los pacientes.



Fuente: Encuesta de elaboración propia. Marzo, abril 2020.

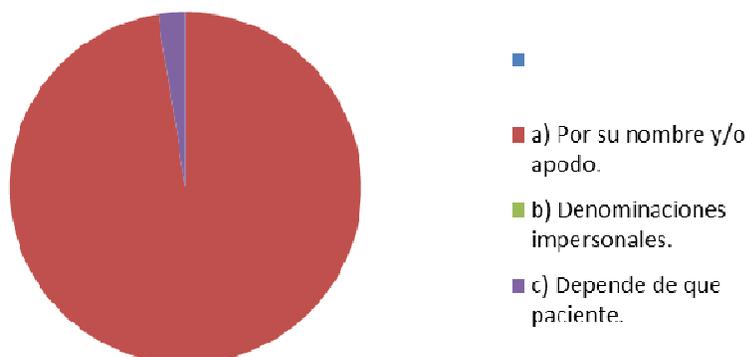
En cuanto a la presentación con los pacientes la mayoría (95%) de los enfermeros/as entrevistados refirió presentarse con los pacientes por su nombre, solo el 2,5% expresó hacerlo a veces y el otro 2,5% no presentarse.

Tabla 7. Distribución de la población de enfermeros entrevistados según el modo en el optan nominar a los/as pacientes.

¿Cómo se dirige a sus pacientes?	Enfermeros	
	N° absoluto	Porcentaje
a) Por su nombre y/o apodo.	39	97,5%
b) Denominaciones impersonales.	0	0%
c) Depende de que paciente.	1	2,5%
TOTAL	40	100%

Fuente: Encuesta de elaboración propia. Marzo, abril 2020.

Gráfico 8: Distribución de la población de enfermeros entrevistados según el modo en el optan nominar a los/as pacientes.



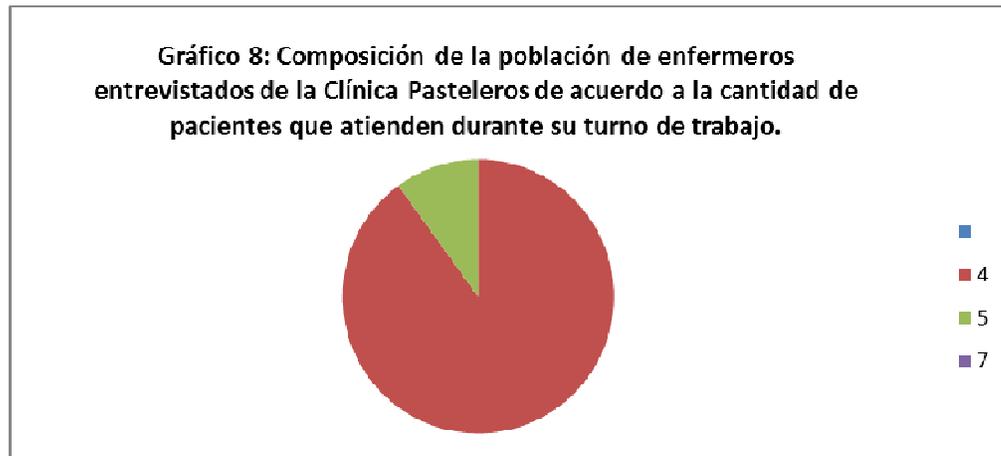
Fuente: Encuesta de elaboración propia. Marzo, abril 2020.

En cuanto a cómo se dirigen a los pacientes, 39 de 40 enfermeros/as dijeron que lo hacían por el nombre del paciente, sólo 1 enfermera manifestó utilizar denominaciones impersonales.

Tabla 8. *Composición de la población de enfermeros entrevistados de la Clínica Pasteleros de acuerdo a la cantidad de pacientes que atienden durante su turno de trabajo.*

¿Cuántos pacientes atienden durante su turno?	Enfermeros	
	Nº absoluto	Porcentaje.
4	36	90%
5	4	10%
7	0	0%
TOTAL	40	100%

Fuente: Encuesta de elaboración propia. Marzo, abril 2020.



Fuente: Encuesta de elaboración propia. Marzo, abril 2020.

Según el análisis de este gráfico la distribución de pacientes por enfermeros es en su mayoría de 4, según refirió el 90% de los entrevistados, mientras que el 10% restante dijo que era de 5 pacientes, variante que se ve afectada según el ausentismo.

Tabla 9. Cómo afecta a la comunicación la cantidad de pacientes atendidos.

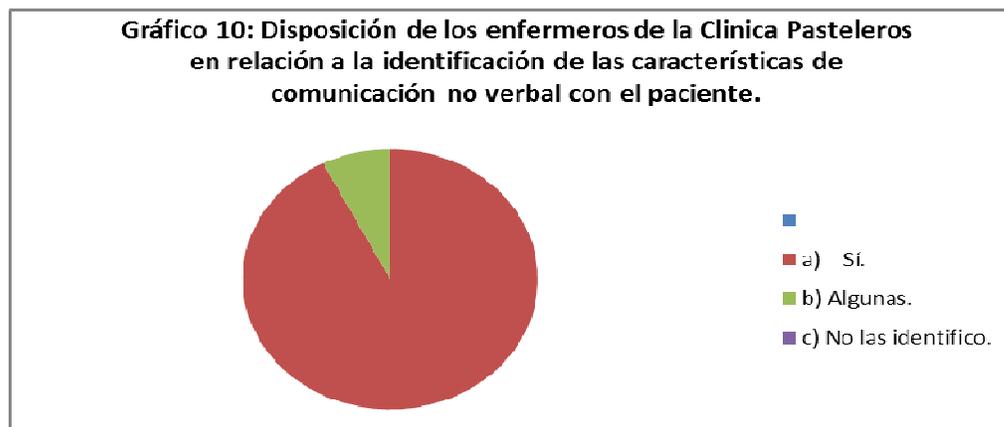
Repercusión de la comunicación según la cantidad de pacientes atendidos.			
Respuestas más relevantes.		Dedicación a la parte clínica física	Diálogos cortos
E1	Menor interacción. "Sí, porque no tengo el tiempo para escuchar más al paciente y me retraso en la atención"		
E2		"Sí, tenés que elegir que priorizar, con qué pacientes y actuar administrando el tiempo para llevar a cabo lo mejor posible el trabajo, relegando el tiempo de charla y dialogo con los pacientes".	
E3			"sí, porque tenés menos tiempo para cada paciente, no puedes dedicarle tiempo a conversar, solo lo justo y necesario"
E4		"Sí porque el tiempo se acota y si tengo que elegir entre la salud física y emocional, elijo la física"	
E5			Sí, más pacientes atendes, menos hablas con ellos, lo esencial y listo.
E6		Sí, porque te importa más que este medicado y confortable, y si te da el tiempo te quedas más hablando, a veces no se puede.	

En cuanto a este tópico el 100% de los enfermeros han reportado que la cantidad de pacientes atendidos sí afecta a la comunicación con los mismos, dando menor posibilidad de interacción con el paciente, llevando a cabo una priorización de los cuidados físicos.

Tabla 10. Distribución de los enfermeros de la Clínica Pasteleros en relación a la identificación de las características de comunicación no verbal con el paciente.

¿Identifica características de comunicación no verbal del paciente?	Enfermeros	
	N° absoluto	Porcentaje.
a) Sí.	37	92,5%
b) Algunas.	3	7,5%
c) No las identifico.	0	0%
TOTAL	40	100%

Fuente: Encuesta de elaboración propia. Marzo, abril 2020.



Fuente: Encuesta de elaboración propia. Marzo, abril 2020.

Respecto al conocimiento de la comunicación no verbal el 92,5% de los entrevistados expresó conocerla y el otro 7,5% declaró reconocer solo algunos de los rasgos de la misma.

El reconocimiento de la comunicación no verbal trata de dar a conocer las distintas formas que adoptamos en el sistema de comunicación para aliviar la ansiedad del paciente y la de aquellos profesionales de enfermería que los atienden, poder resolver situaciones de los pacientes observando más allá de su aspecto y de nuestras propias suposiciones. La difusión de actividades tan evidentes pero a la vez tan olvidadas como: llamar al paciente por su nombre, emplear un lenguaje claro, usar un tono de voz tranquilizador, no anticiparse a las respuestas, procurarle medios alternativos para la comunicación y evitar comentarios y gestos negativos, procurando no cansarle respetando sus horas de descanso y sueño, son entre otras, las tareas que junto a la experiencia teórica refuerzan la relación del personal de enfermería con los pacientes.

Se puede observar que en términos concretos de los 37 enfermeros/as que consideró conocer las características de comunicación no verbal únicamente 9

describieron conceptos correctos, los otros 28 se refirieron a condiciones y alteraciones fisiológicas, como signos y síntomas clínicos, no acordes a la teoría, en la cual se manifiesta que “a menudo se la limita (comunicación no verbal) a los movimientos corporales, a la conducta conocida como kinesia. El término debe incluir la postura, los gestos, la expresión facial, la inflexión de la voz, la secuencia, el ritmo y la cadencia de las palabras mismas, y cualquier otra manifestación no verbal de que el organismo es capaz, así como los indicadores comunicacionales que inevitablemente aparecen en cualquier contexto en que tienen lugar una interacción.”

Se puede discernir que el 100% de las respuestas de profesionales de rango etarios de 21 a 35 años refirió conocer las características de la comunicación no verbal, aunque la mitad de ellos no lo describió correctamente. La identificación de la comunicación no verbal no ha sido más reconocida por los más jóvenes entrevistados, así como los mismos se percibieron.

En el aspecto formativo solo 9 de los 28 enfermeros que respondieron conocer la comunicación no verbal la escribieron correctamente, 4 de ellos licenciados en enfermería y 5 enfermeros profesionales, el resto lo hizo de manera parcial, agregando signos clínicos. El 100% de los enfermeros auxiliares expresaron reconocer la comunicación no verbal, 23 los 26 enfermeros profesionales manifestó conocerlas y los otros 3 solo reconocer algunas. El 100% de los licenciados en enfermería (quienes cursan en su currícula materias como: comunicación, educación en salud, pedagogía, etc.) refirió conocer los aspectos de comunicación verbal, y solo 4 de 10 licenciados las describió acorde a las características mencionadas. En esto se puede visualizar que la capacitación no hace una diferencia significativa con los enfermeros profesionales y auxiliares respecto al reconocimiento de la comunicación no verbal.

Características de comunicación no verbal que identifican los enfermeros.

El 92, 5% de los enfermeros, expresaron conocer las características de comunicación no verbal de los pacientes, los ejemplos más destacados fueron las miradas, gestos, llanto y signos vitales.

Identificación de las características de la comunicación no verbal del paciente.				
Respuestas relevantes.	Dolor.	Gestos.	Emociones.	Signos vitales.
E1		Sí conozco las características de la comunicación no verbal son: las miradas, los gestos, el estado de ánimo del paciente".		
E2				"Sí, las miradas, las emociones, los signos vitales".
E3	"Sí, el dolor, los quejidos, las expresiones, el enojo"			
E4		"Sí, las miradas, los gestos que hace el paciente que a veces dicen más que las palabras"		
E5			"Sí, las expresiones, el dolor, el enojo, la alegría"	
E6		Si, los gestos, las formas de mirar, de hablar.		

Tabla 12. Distribución de los enfermeros de la Clínica Pasteleros según el control que ejercen sobre el tono de voz mantenido con el paciente.

¿Maneja el tono de voz al hablar con sus pacientes?	Enfermeros	
	N° absoluto	Porcentaje..
a) Sí.	35	87,5%
b) No.	0	0%
c) Depende de que paciente.	5	12,5%
TOTAL	40	100%

Fuente: Encuesta de elaboración propia. Marzo, abril 2020.



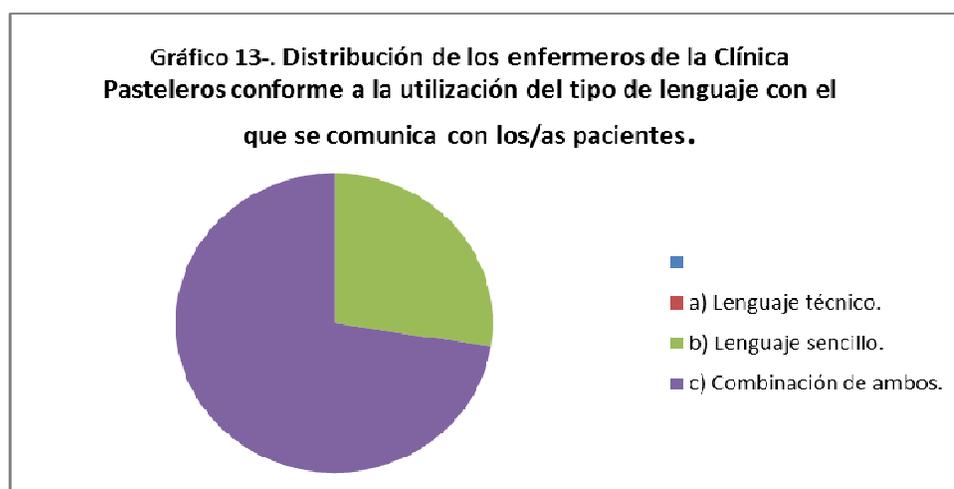
Fuente: Encuesta de elaboración propia. Marzo, abril 2020.

En lo que respecta al tono de voz utilizado el 87,5% de los entrevistados expresaron manejarlo, y el 12,5 siguiente refirió hacerlo dependiendo del paciente.

Tabla 13. *Distribución de los enfermeros de la Clínica Pasteleros conforme a la utilización del tipo de lenguaje con el que se comunica con los/as pacientes.*

¿Con que tipo de lenguaje tiende a expresarse con el paciente?	Enfermeros	
	N° absoluto	Porcentaje.
a) Lenguaje técnico.	0	0%
b) Lenguaje sencillo.	11	27,5%
c) Combinación de ambos.	29	72,5%
TOTAL	40	100%

Fuente: Encuesta de elaboración propia. Marzo, abril 2020.



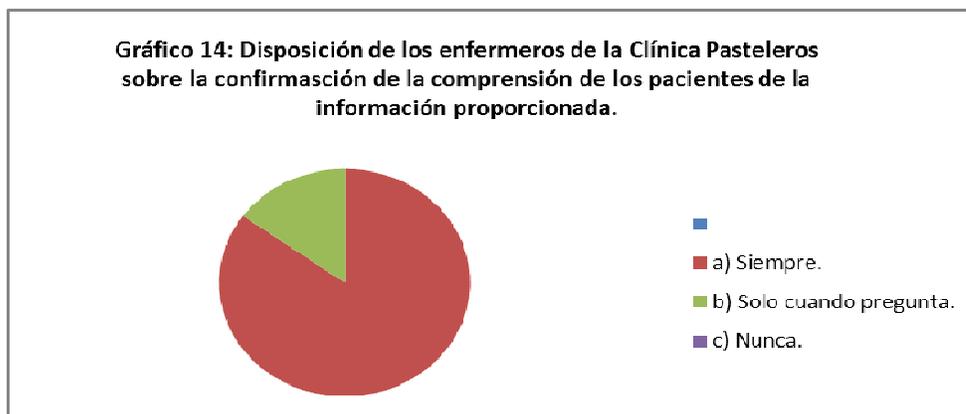
Fuente: Encuesta de elaboración propia. Marzo, abril 2020.

En lo que concierne al tipo de lenguaje utilizado por el personal de enfermería, se refleja que el 72,5% combina el lenguaje sencillo con el técnico, mientras que el 27,5% que resta refirió utilizar solo el sencillo.

Tabla 14. *Disposición de los enfermeros de la Clínica Pasteleros sobre la comprensión de los pacientes de la información proporcionada.*

¿Se asegura que sus pacientes hayan comprendido la información que le ofrece?	Enfermeros	
	N° absoluto	Porcentaje.
a) Siempre.	34	85%
b) Solo cuando pregunta.	6	15%
c) Nunca.	0	0%
TOTAL	40	100%

Fuente: Encuesta de elaboración propia. Marzo, abril 2020.

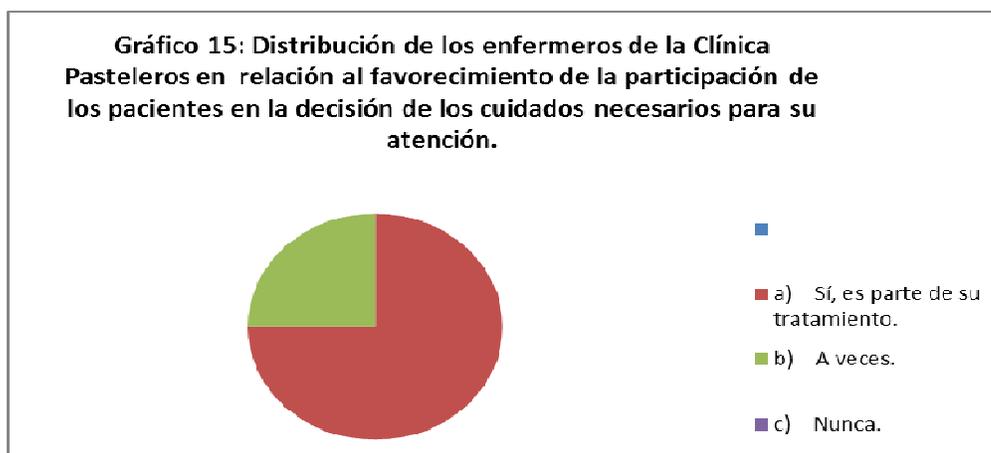


Fuente: Encuesta de elaboración propia. Marzo, abril 2020.

En este gráfico se observa que el 85% de los enfermeros se asegura que los pacientes hayan comprendido la información proporcionada, mientras que el 15% restante solo lo hace si el paciente realiza preguntas. Entre esta minoría podemos destacar que coincidentemente todas las que efectuaron esta respuesta fueron enfermeras, del rango etario de 36 a 45 años, siendo 5 profesionales y 1 licenciada.

Tabla 15. Distribución de los enfermeros de la Clínica Pasteleros en relación al favorecimiento de la participación de los pacientes en la decisión de los cuidados necesarios para su atención.

¿Consulta a sus pacientes sus preferencias en los cuidados necesarios para su atención?	Enfermeros	
	Nº absoluto	Porcentaje.
a) Sí, es parte de su tratamiento.	30	75%
b) A veces.	10	25%
c) Nunca.	0	0%
TOTAL	40	100%



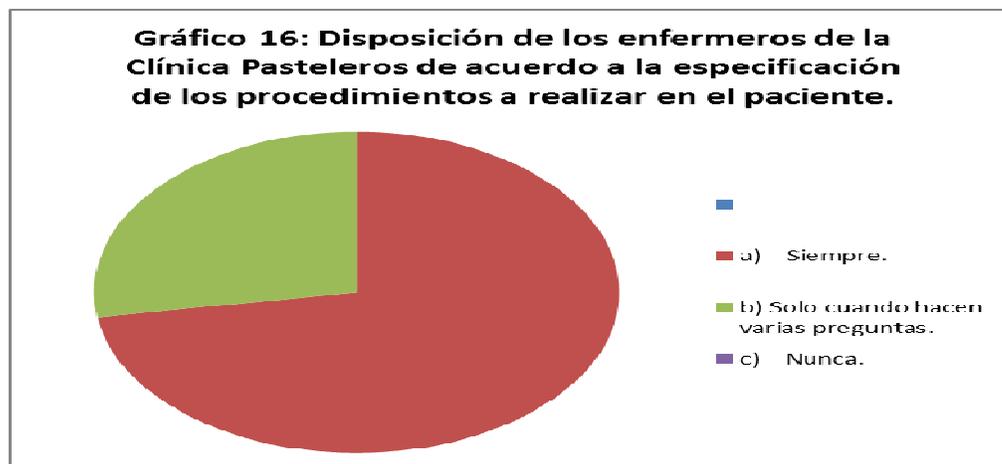
Fuente: Encuesta de elaboración propia. Marzo, abril 2020.

Respecto a esta tabla, podemos describir que 30 de 40 de los enfermeros/as entrevistados refirieron consultar con los pacientes sus preferencias en el tratamiento, por otra parte los 10 restantes expresaron hacerlo a veces, 7 de estos 10 tienen antigüedad mayor a 5 años, además dentro de este grupo 6 pertenecen al turno noche, (60% de los del turno noche entrevistados). Por tanto uno de los factores destacados en los enfermeros/as que no confirman la comprensión de la información con los pacientes es el turno de pertenencia, pudiendo influir en esto el sueño del paciente.

Tabla 16. Distribución de los enfermeros de la Clínica Pasteleros de acuerdo a la especificación de los procedimientos a realizar en el paciente.

¿Explica y fundamenta los procedimientos a realizar en el paciente?	Enfermeros	
	N° absoluto	Porcentaje .
a) Siempre.	29	72,5%
b) Solo cuando hacen varias preguntas.	11	27,5%
c) Nunca.	0	0%
TOTAL	40	100%

Fuente: Encuesta de elaboración propia. Marzo, abril 2020.



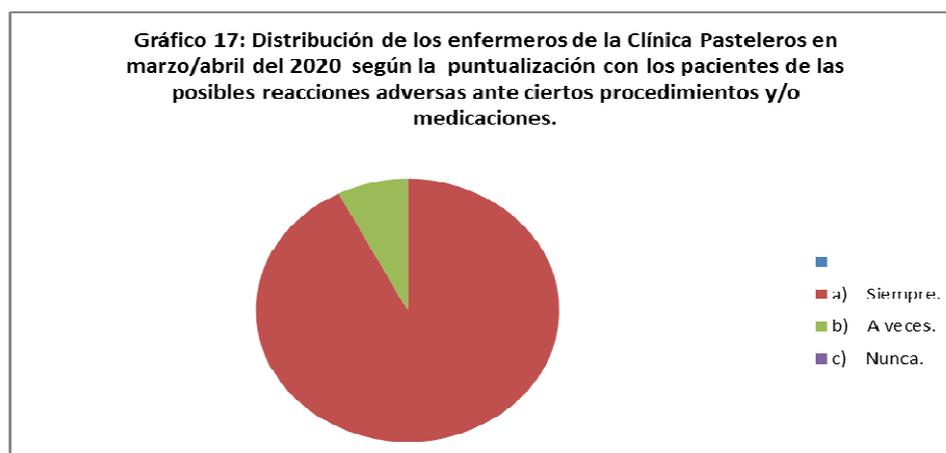
Fuente: Encuesta de elaboración propia. Marzo, abril 2020.

En el análisis de este gráfico se observa que el 72,5% de los enfermeros/as entrevistados explica y fundamenta los procedimientos a realizar con los pacientes, dentro de esta mayoría, todos los que son Licenciados refirieron hacerlo. El 27,5% restante manifestó explicar le a los pacientes solo cuando realizan preguntas, dentro de este grupo nuevamente la mayoría son del turno noche (6 de 11).

Tabla 17. Distribución de los enfermeros de la Clínica Pasteleros en marzo/abril del 2020 según la puntualización con los pacientes de las posibles reacciones adversas ante ciertos procedimientos y/o medicaciones.

¿Explicas las posibles reacciones adversas ante ciertos procedimientos y/o medicaciones?	Enfermeros	
	Nº absoluto	Porcentaje
a) Siempre.	37	92,5%
b) A veces.	3	7,5%
c) Nunca.	0	0%
TOTAL	40	100%

Fuente: Encuesta de elaboración propia. Marzo, abril 2020.



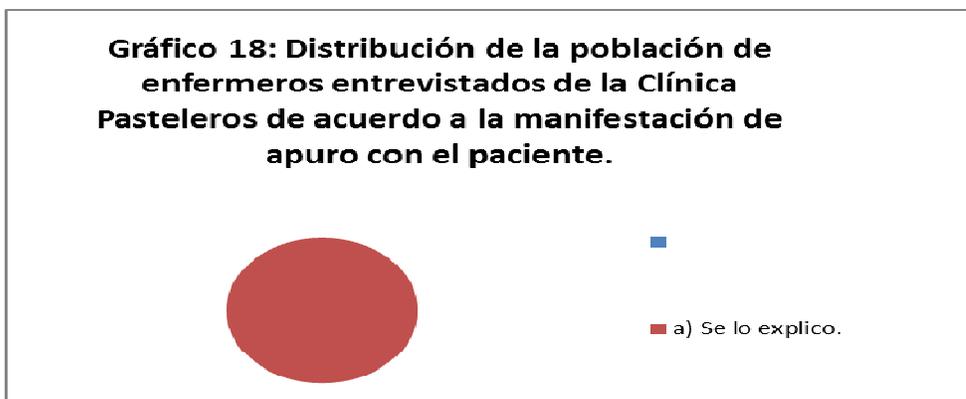
Fuente: Encuesta de elaboración propia. Marzo, abril 2020.

En esta tabla, se puede observar que la mayoría de los enfermeros/as explica la posibilidad de efectos adversos al paciente, mientras que la minoría restante no presenta patrones de asociación específicas siendo pertenecientes a distintos turnos, edades y antigüedad.

Tabla 18. Distribución de la población de enfermeros entrevistados de la Clínica Pasteleros de acuerdo a si se manifiestan apurados con el paciente.

¿Hace notar al paciente cuando está apurado?	Enfermeros	
	Nº absoluto	Porcentaje.
a) Se lo explico.	40	100%
b) Mantengo postura de retirada para que se dé cuenta.	0	0%
c) Mantengo la atención todo el tiempo que el paciente requiera.	0	0%
TOTAL	40	100%

Gráfico 18: Distribución de la población de enfermeros entrevistados de la Clínica Pasteleros de acuerdo a la manifestación de apuro con el paciente.



El 100% de los entrevistados/as manifiesta explicarle al paciente cuando está apurado.

Tabla 19. Composición de la población de enfermeros entrevistados de la Clínica Pasteleros según su percepción sobre las necesidades de comunicación con el paciente.

¿Considera que las necesidades de comunicación con el paciente son cubiertas?	Enfermeros	
	Nº absoluto	Porcentaje
a) Sí.	0	0%
b) A veces.	29	72,5%
c) No.	11	27,5%
TOTAL	40	100%

Fuente: Encuesta de elaboración propia. Marzo, abril 2020.

Gráfico 19: Composición de la población de enfermeros entrevistados de la Clínica Pasteleros según su percepción sobre las necesidades de comunicación con el paciente.



Fuente: Encuesta de elaboración propia. Marzo, abril 2020

En este gráfico se puede observar que el 72,5 de entrevistados expone que solo a veces se cumplen sus necesidades de comunicación con el paciente, el 27,5 restante consideró que no son cubiertas, entre los cuales 5 de 11 son del

turno noche, evidenciando nuevamente a este turno en desventaja en la comunicación.

Tabla 20. Distribución de los enfermeros entrevistados de la Clínica Pasteleros a su interpretación respecto a la evaluación institucional respecto a la comunicación.

¿La institución evalúa su comunicación con el paciente?	Enfermeros	
	N° absoluto	Porcentaje.
a) Sí.	2	5%
b) A veces.	26	65%
c) No.	12	30%
TOTAL	40	100%

Fuente: Encuesta de elaboración propia. Marzo, abril 2020.



Fuente: Encuesta de elaboración propia. Marzo, abril 2020.

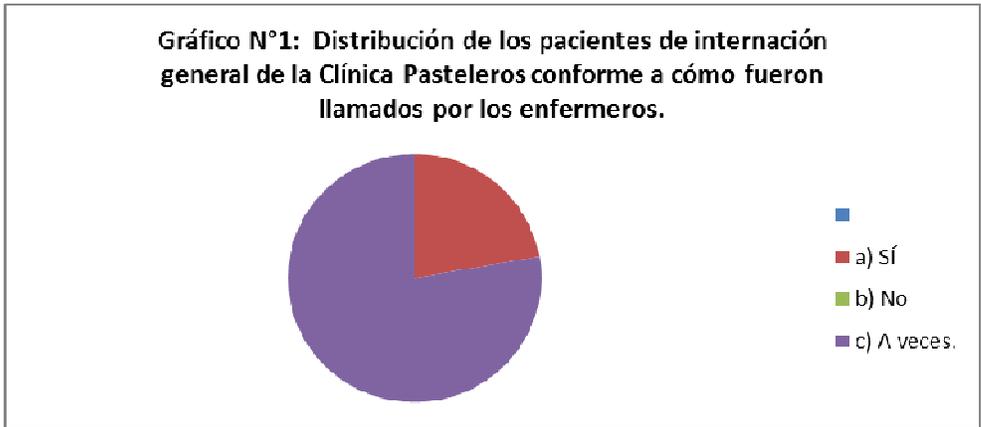
En el análisis de este gráfico podemos observar la diferenciación de la apreciación en cuanto a la evaluación de la institución, siendo esta una característica objetiva, las respuestas variaron en un 5% que expresó que si es evaluado, un 65% que respondió a veces, y el 30% restante que refirió que No, perteneciendo en su mayoría al turno noche, y el resto al SADOFE.

Análisis de datos de entrevistas de los pacientes.

Tabla 1. Distribución de los pacientes de internación general de la Clínica Pasteleros conforme a cómo fueron llamados por los enfermeros.

¿Los enfermeros lo llamaron por su nombre?	Pacientes	
	N° absoluto	Porcentaje.
a) Sí	4	22,2%
b) No	0	0%
c) A veces.	14	77,7%

TOTAL	18	100%
--------------	----	------



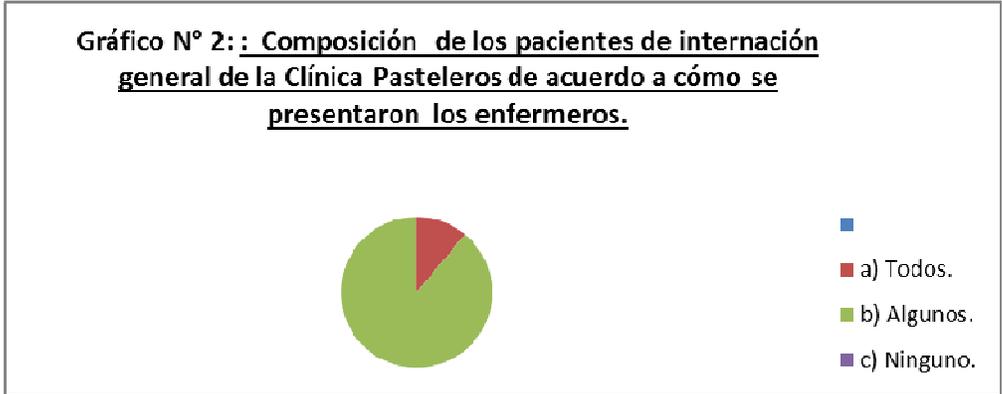
Fuente: Encuesta de elaboración propia. Marzo, abril 2020.

La mayoría de los pacientes entrevistados (77,77%) expresó se los llama por su nombre a veces, mientras que el resto (22,22%) refirió que sí se dirigían a ellos por su nombre.

Tabla 2: Distribución de los pacientes de internación general de la Clínica Pasteleros de acuerdo a cómo se presentaron los enfermeros.

¿Los enfermeros se presentaron como tales y dijeron su nombre?	Pacientes	
	Nº absoluto	Porcentaje
a) Todos.	2	11,1%
b) Algunos.	16	88,8%
c) Ninguno.	0	0%
TOTAL	18	100%

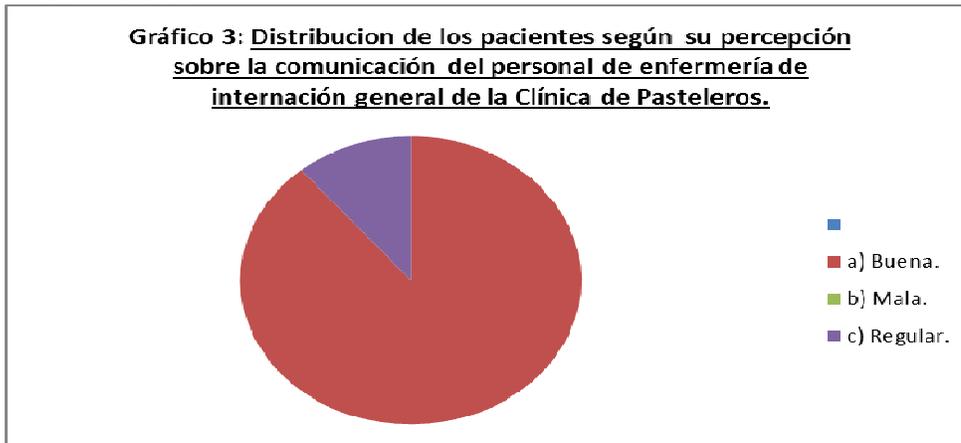
Fuente: Encuesta de elaboración propia. Marzo, abril 2020.



Fuente: Encuesta de elaboración propia. Marzo, abril 2020.

El 88,8% de los pacientes expresó que algunos de los enfermeros se presentaron por su nombre, en tanto el 11,2% refirió que todos lo hicieron.

Tabla 3: *Distribución de los pacientes según su percepción sobre la comunicación del personal de enfermería de internación general de la Clínica de Pasteleros*



Fuente: Encuesta de elaboración propia. Marzo, abril 2020.

El 88,8% de los pacientes entrevistados se refirió a la comunicación como buena, y solo el 11,2% restante la definió como regular. Ningún paciente la definió mala.

Tabla 3B: Valoración del paciente de la comunicación del personal de enfermería.

Justificación de la valoración de la comunicación.				
Respuestas relevantes	Limitación de las explicaciones.	Despeje de dudas.	Lenguaje sencillo.	Tiempo para comunicar.
P1			-“porque se tomaron el tiempo de explicar las cosas que uno no entiende, con palabras que uno entiende”.	
P2		-“buena porque en general me explicaban las cosas, y respondieron mis preguntas de manera clara, concisa, me dieron pautas de alarma”		
P3	“regular, porque cierto enfermeros no tenían la paciencia, ni las ganas de explicar las cosas, con ciertos gestos parecían que molestaba, que querían hacer las cosas rápido”.			
P4			Buena, porque siempre me explicaron todo de manera que lo pudiera entender.	
P5				Buena, en general se tomaron el tiempo para conversar, orientarme, contenerme.

Según la percepción de los pacientes en la comunicación con el personal de enfermería casi el 90% la refirió como buena, alegando que las explicaciones eran concretas, las dudas resueltas, el lenguaje comprensible y el tiempo adecuado.

Tabla 4: Apreciación de los pacientes sobre la comunicación de enfermería en relación a la afección y los cuidados a realizar.

Comunicación de los cuidados.				
Respuestas relevantes.	Explicación de procedimientos.	Contestar preguntas.	Acordar preferencias.	Prácticas correctas pero deshumanizadas.
P1	-“los cuidados bien, algunos tuvieron más paciencia que otros, me explicaban y prevenían en ciertas cosas del tratamiento, adaptaron los horarios para respetar el sueño, me indicaban que tenía que tomar antes o después de comer”.			
P2		-“Los cuidados fueron muy respetuosos, trataron de explicarme las cosas y responder mis preguntas”.		
P3				-“Los cuidados muy bien en general, solo algunos no tuvieron ganas de explicarme las cosas, si me van a pichar me gusta que me digan porqué, que opciones tengo, por más que me digan te puse la vía de un solo intento pero me tratas de mala gana y molesten las preguntas”.
P4	Con los cuidados algunos tuvieron más dedicación que otros para explicar y acompañar en momentos incómodos y dolorosos, supieron hacerme reír.			
P5			Los cuidados fueron organizados con la mayoría de los enfermeros, cuando llegaban acordábamos horarios, me explicaban los motivos.	

Al evaluar la apreciación de los pacientes en relación a la comunicación de sus propios cuidados hay una dualidad en la cual, hay pacientes que asumen el tratamiento como algo no cuestionable al profesional que los atiende y otros que desean tomar las decisiones y manejar sus cuidados en relación a sus preferencias, tolerancia, horarios y posibilidades.

Tabla 5: Opinión de los pacientes sobre los aspectos positivos de la comunicación de enfermería.

Percepción de los aspectos positivos según los pacientes.			
Respuestas relevantes.	Contención emocional.	Información sencilla.	Empatía.
P1		-"la predisposición para que pueda entender las cosas y los efectos que me producirían".	
P2	-"cuando me sentí vulnerable, me contuvieron, me dieron ánimos, escuchaban mis problemas".		
P3	-"supieron calmarme en momentos de preocupación, me aconsejaron sobre el tratamiento en casa, me recomendaron materiales para la curación de mi pierna, no solo me ayudaron físicamente, sino mentalmente".		
P4			"La empatía, la simpatía, el escucharme cuando desborde".
P5		La simpleza para explicarme lo que no entendía, traducirme todo de manera clara y con paciencia	
P6	"La gran parte de los enfermeros tuvo una increíble forma de preocuparse y ocuparse para que me tranquilice"		

Los aspectos positivos se ven relacionados con la claridad y adaptación de la información según el paciente, con explicaciones comprensibles. Gran parte de los pacientes recalcaron en el trato recibido, la empatía, la contención y predisposición a escuchar.

Tabla 6: Opinión de los pacientes sobre los aspectos negativos de la comunicación de enfermería.

Percepción de los aspectos negativos según los pacientes.			
Respuestas relevantes.	Escases de tiempo.	Falta de empatía.	Respuestas insuficientes.
P1		"Varios enfermeros no tienen la predisposición para explicar las cosas, si les preguntas te contestan rápido, apurados por irse, de mala gana, como si le molestaran las preguntas"	
P2			-"En general son amables, exceptuando unos pocos, que no tienen esa predisposición de responder preguntas, no digo que todos deban ser agradables y simpáticos, pero si es algo que van a hacer en mi cuerpo, me gusta saber los por qué"
P3		"Depende el turno, y cada enfermero, la mayoría son simpáticos, otros no tanto."	
P4	"Muchos te explican a las apuradas, no dedican suficiente tiempo a explicar, mucho menos a conversar"		
P5		" Me han tocado ciertos enfermeros muy parcos y hasta con cierta hostilidad, no daban ganas de preguntarles nada"	
P6			" La escases explicaciones de algunos, me dan medicación y no sé para qué, por qué, te pasan algo por la vía y ni sabes qué es, hasta que viene otro turno más amable y te explica todo"

Respecto a los aspectos negativos con la atención del personal de enfermería, aunque no es una generalización, según refieren los pacientes, ellos esperan un acercamiento durante la internación sosteniendo que son las enfermeras y los enfermeros con quienes tienen más contacto, y esto se puede ver limitado por los tiempos de interacción, los cuales son acotados. Además expresan que

según el turno hay enfermeros más empáticos y proactivos que otros, con menos capacidad de respuesta y resolución que otros.

Tabla 7: Apreciación de los pacientes para mejorar la comunicación de enfermería.

Apreciación de los pacientes para mejorar la comunicación de enfermería.			
Respuestas relevantes.	Capacitación.	Escucha activa. Empatía.	Comunicación no verbal.
P1	<i>"creo que se podrá capacitar a algunos enfermeros en el modo de comunicar ciertas cosas la paciente, no dando órdenes, sino consultando, escuchar que tengo para decir al respecto".</i>		
P2			<i>"La mayoría es excelente, sin nada para mejorar, muy pocos de los enfermeros deberían reevaluar los modos de decir las cosas, explicar antes, y si uno pregunta no hacer caras, o gestos, como si molestará que uno quiera saber que le van a hacer".</i>
P3		<i>"La relación de poder ponerse en el lugar del paciente, como reaccionar ante las dudas, dar opciones, saber que pienso de los que me dicen que me van a hacer".</i>	
P4			<i>"Facilitar o capacitar con ideas de cómo decir las cosas"</i>
P5		<i>"No hay tanto que mejorar, solo algunos deberían buscar la forma de relacionarse mejor con los pacientes, de una manera más cercana"</i>	
P6	<i>"Dar capacitaciones, pautas de tratamiento en lo emocional, las relaciones humanas, lo parte psicológica".</i>		

Es cuanto a la opinión de las mejoras en la comunicación, se puede destacar que si bien algunas personas manifestaron en la entrevista su insatisfacción por el tiempo de internación, no fue uno de los ejes claves para mejorar según

sus opiniones, ante esta pregunta resaltaron la necesidad de capacitar a las enfermeras y enfermeros en la manera de comunicar, mejorar la escucha activa y no ser sólo unidireccionales a la hora de hablar.

Análisis de datos.

De acuerdo a los objetivos planteados en la investigación, se intenta identificar las características de la comunicación verbal y no verbal del personal de enfermería. En lo que respecta a la dimensión verbal se encontró que:

En relación a la presentación con el paciente el personal de enfermería refirió en su mayoría realizarla, esto genera un ambiente de confianza con el paciente, para ello se radica en la importancia del trato personalizado: saludar al paciente y presentarse es un indicio de seguridad para él. En el saludo inicial se pone en juego toda la comunicación.

En cuanto al tipo de lenguaje que utiliza el personal de enfermería se obtuvo que el 27,5% utiliza lenguaje sencillo y el 72,5 % restante realiza una combinación entre lenguaje técnico y sencillo, según Chiavenato (2003) el uso de vocabulario técnico puede determinar en una barrera de la comunicación con determinados pacientes, la utilización de lenguaje sencillo ayuda a clarificar el mensaje, más cuando se tiene la capacidad de seleccionar las palabras correctas. De allí que la enfermera requiere de un amplio vocabulario que se pueda usar responsable y apropiadamente de acuerdo con cada situación.

En lo que concierne a el tono de voz el 87,5% de los profesionales refirió manejarlo al hablar con los pacientes, esto se considera asertivo ya que según Naranjo (2006) la voz es el principal vehículo para enviar un mensaje; mediante el sonido de ésta puede: transmitir confianza, seguridad, energía, emoción y entusiasmo al paciente. A su vez refleja estados de ánimo. La enfermera debe considerar que a partir de esto puede lograr que las personas se interesen e involucren o por el contrario si usa un tono muy alto, agresivo y desagradable provocar desinterés y rechazo.

Ante el interrogante de la rapidez del habla o apuro para comunicar el 100% de los enfermeros y enfermeras refirió que le explican a los pacientes cuando están apurados, esta franqueza genera confianza, ya que, de no aclararse este aspecto la comunicación apresurada puede provocar una distorsión en el

mensaje, Olinda Egusquiza (2014) expresa que cuando el sujeto se expresa apresurado sugiere desinterés.

En cuanto a las características de la comunicación no verbal del personal de enfermería se obtuvo que:

La identificación de la comunicación no verbal es uno de los puntos débiles, si bien el 92,5% de los enfermeros refirió reconocerla las descripciones de la misma no fueron precisas, y algunos describieron signos clínicos como comunicativos, se pudo observar que es poco el desarrollo de las habilidades técnicas del personal de enfermería para el reconocimiento de la comunicación no verbal, “el adiestramiento en la misma es pieza clave para facilitar sin esfuerzo y de forma natural la relación entre el profesional y el paciente” (Torralba & Roselló , 1998. p.178).

El segundo objetivo busca analizar la relación entre las características de la comunicación y la forma de atención del personal de enfermería hacia los pacientes, dado que las intervenciones de las enfermeras y los enfermeros son procesos interpersonales terapéuticos y significativos para la persona. Los cuidados han de ser individualizados haciendo especial hincapié en la relación humana entre enfermería y la persona necesitada de ayuda. Con respecto a los interrogantes relacionados a la comunicación en la forma de atención se obtuvo que:

El 85% de los enfermeros y las enfermeras se asegura que sus pacientes hayan comprendido la información que le ofrece. El 75% consulta a sus pacientes sus preferencias en los cuidados para su atención, el 67,5% explica y fundamenta los procedimientos a realizar en el paciente y el 92,5% explica las posibles reacciones adversas ante ciertos procedimientos y/o medicaciones. Según los interrogantes se puede observar una amplia adhesión a la interacción comunicativa en los cuidados de la salud para con los pacientes, aunque estas características deberían ser habituales para cada turno, cada día, Cano(2001) y Carbelo(2000) afirman que la comunicación efectiva con los pacientes, (entendida ésta no sólo como una claridad en lo que decimos, sentimos y pedimos al paciente, sino también y sobre todo en mostrar empatía y solicitar del paciente un feedback que nos permita tener la garantía de que nos ha escuchado y comprendido) permite fomentar una asistencia humana

más personalizada, lograr la cercanía al paciente y, a su vez, poder negociar y/o acordar, conjuntamente con él, los cuidados.

El tercer objetivo se orientó a exponer la percepción de los pacientes sobre la comunicación con enfermería.

Pinzón (2012) refiere que cada paciente tiene una forma diferente de interpretar los mensajes; sin embargo, se debe establecer una relación de ayuda para que el mensaje sea entendido en su totalidad. Siendo la comunicación una necesidad del paciente y de la familia, al mismo tiempo permite al paciente conocer su estado de salud y estar actualizado respecto a su enfermedad. Peplau opinaba que las intervenciones de enfermería son procesos interpersonales terapéuticos y significativos para la persona.

Según la entrevista a los pacientes se pudo obtener que según la percepción del 77,7% de los pacientes los enfermeros los llamaban por su nombre a veces y solo en 22,2% refirió que lo hacían siempre, a diferencia de la percepción de enfermería en la cual el 97,5% señala llamar a los pacientes por su nombre.

Por otra parte en relación a la presentación de los profesionales de enfermería el 88,8% de los pacientes expresó que solo algunos lo hacían y 11,1% refirió que todos se presentaban como tales, en contraposición a lo manifestado por el 95% de los enfermeros y las enfermeras que respondieron que siempre se presentaban con los pacientes.

En lo que respecta a cómo evaluarían la comunicación el 90% de los pacientes la definió como buena, y solo el 10% como regular. Entre los aspectos positivos a destacar sobresalieron la claridad y la adaptación de la información para facilitar la comprensión de la misma. En cuanto a los aspectos negativos remarcaron la interacción distante y la poca capacidad de respuesta o resolución de algunos/as enfermeros/as.

Para finalizar los pacientes señalaron como aspectos importantes para la mejora de la comunicación la capacitación en el modo de comunicar, recalcar la escucha activa y la empatía.

Conclusiones

La comunicación es una de las bases de la enfermería y un arte holístico y afectivo para los pacientes. La habilidad para comunicarse es una herramienta básica del cuidado de enfermería, sin embargo es un aspecto difícil y evitado o desestimado con frecuencia, posiblemente como consecuencia del desconocimiento y/o la cantidad de barreras comunicativas existentes todavía en el ámbito sanitario. En este trabajo se ha podido plasmar que la cantidad de pacientes atendidos sí afecta a la comunicación con los mismos, dando menor posibilidad de interacción, y ante esta situación siempre prima el estado físico relegando el intercambio comunicativo.

En esta investigación se pudo apreciar la falta de reconocimiento de los aspectos en la comunicación verbal y no verbal por parte del personal de enfermería, si bien la comunicación con los pacientes fue en su mayoría catalogada como buena, la importancia del reconocimiento de estos aspectos facilitaría el contacto con los pacientes en sus prácticas profesionales, permitiendo identificar oportunamente el tipo de comunicación que requiere cada paciente según sus posibilidades de salud. Esto permitiría elaborar un mejor plan de cuidados: siendo personalizado, humanizado y con el propósito de mejorar el estado de salud del paciente, haciendo estadio de internación más agradable y reduciendo el miedo y la ansiedad que esta genera.

Otro resultado de este trabajo tiene que ver con la dificultad comunicativa del personal de enfermería del turno noche, ya que en su mayoría refirieron no poder consensuar con los pacientes su tratamiento. Se puede considerar que en este estudio el turno de pertenencia condiciona la comunicación con los pacientes.

Los pacientes incluidos en el presente estudio, manifestaron su necesidad de hablar con los enfermeros y las enfermeras de su enfermedad, tratamiento, recuperación y sus dudas. Hay una búsqueda de contención por parte de enfermería, para compartir sus sentimientos y pensamientos acerca de su padecimiento. Además los pacientes refirieron haber experimentado sentimientos de tranquilidad y seguridad gracias a la participación de enfermería.

Sugerencias.

Sugerir a la jefatura de enfermería el planteamiento de talleres de desarrollo de habilidades en la comunicación interpersonal y escucha activa.

Realizar estudios sobre la formación en comunicación que reciben las enfermeras y los enfermeros.

Realizar estudios de investigación sobre la formación que recibieron los profesionales de enfermería en relación a la comunicación efectiva, o dentro del contexto formativo evaluar las herramientas que reciben los estudiantes de enfermería.

Bibliografía.

- Van-der Hofstadt Román, C.; Quiles, Y.; Quiles, M.J., 2006 *Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería*. 1ª. Edición, Valencia,: Generalitat Valenciana
- A L Noreña Peña, L Cibana, I Juan, N Alcaraz Moreno, 2010 La interacción comunicativa en el cuidado de la salud. *Revista Española de Comunicación en Salud*, vol.1 (2), 113 -129.
- González Aller C. 2014.La comunicación terapéutica usuario-enfermera en las consultas de atención primaria. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*; 2 (2): 82-92
- Ochoa R., Lee Manuel, G.R., et al. (2003). Recomendaciones para mejorar la Atención de Enfermería. *Rev. CONAMED*; 8(3):19-26.
- Martínez L. (2002).Memoria del Séptimo Simposio Internacional. *La Comunicación_Humana y la Relación Medico Paciente*. Rev. CONAMED; 7(3):5-7
- Aguirre-Gas H. (2002) *Calidad de la atención médica*, 1a. Edición. México: ED. Noriega.
- Carlos Tena Tamayo, Francisco Hernández Orozco. (2007) La comunicación humana en la relación médico paciente. 2ª. Edición, México: Ed. Prado.
- Campos-Huichan, A. (2006) Importancia de las relaciones interpersonales en los cuidados de enfermería, *Revista Episteme*: 8-9
- Norouzinia R, Aghabarari M, Shiri M, Karimi M, Samami E. (2015) Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients. *Global Journal of Health Science*; 8(6):65-74.
- Joint Commission. Strategies for communicating with family caregivers. *Jt Comm Perspect Patient Saf* 2008 Feb; 8(2):1-4.
- Nery Botello Josefina (2010). Actitudes de la enfermera de cuidado directo y satisfacción de la persona hospitalizada. *Revista Electrónica de Portales Médicos*. Vol. 5: 312.
- Bermejo José. (2003) *Qué es humanizar la salud*. San Pablo: Ed. San Pablo.
- Bautista Norma. (2006). Comunicación no verbal en pacientes Hospitalizados en una institución de 2'. Nivel de atención. Tesis de bachillerato.Veracruz. Universidad Veracruzana. México.

- Cánovas Miguel. (2008). La relación ayuda en enfermería. Tesis Doctoral. Murcia. Universidad Murcia.
- Polanco, Yolanda (2008). Aspectos presentes en la comunicación en la enfermera, familia y la institución en la unidad de cuidados intensivos. Tesis de grado. Bogotá, Colombia. Universidad Javeriana.
- Díaz Cortez, M. (2011) Comunicación enfermera/paciente: reflexión sobre la relación de ayuda. *Revista española de comunicación en salud*;2(1): 55-61
- Santos, C. y Shiratori, K. (2008). Comunicación no verbal: su importancia en los cuidados de enfermería. *Enfermería Global*. 7: 1-9.
- Kaplum, Mario (1985). El comunicador popular. 1ª Ed. Quito, Ecuador: Ed Ciespal.
- Marquez Rebollo MC, Tornel- Costa MC. (1997). Diseño de un método de comunicación no verbal por viñetas. *Rev. Neurol*; vol. 25 (148): 2045-2047
- Watzlawick, Bavelas & Jackson,(1991). Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Editorial Herder.
- Collière M.F. (1999). Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros. *Rev. Rol Enf.*; 22 (1), 27-31
- Noreña PAL, Cibanal JL, Alcaraz MN. (2010) La interacción comunicativa en el cuidado de la salud. *Rev Esp Com Sal*; 1 (2): 113-129.
- Pinzón SL. (2012) El plan de alta: una herramienta para el cuidado integral y la recuperación de la persona enferma [Serie en línea]; 2005. .Citado el 21 de septiembre de 2012. Disponible en: <https://promocionsalud.ucaldas.edu.co/dolados/revista.php>
- Prieto Castillo, Daniel (1986) "Diagnóstico de Comunicación", Quito, Ciespal.
- Torralba & Roselló, (1998). Antropología del cuidar. *Ars Brevis: anuario de la Càtedra Ramon Llull Blanquerna*, N°. 4: 366-367.
- Egúsqüiza Pereda, O. (2000). La asertividad: Modelo de Comunicación en las Organizaciones. *Quipukamayoc*, 7(14), 119-129.
- P. Ramírez * y C. Müggenburg (2015) Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Rev. Enfermería universitaria*. Vol 12 (3): 134-143.

Anexos.

Cuestionario enfermería.

El presente cuestionario tiene la finalidad de conocer las características de la comunicación de los enfermeros y pacientes de internación general, los datos obtenidos en este cuestionario serán para uso exclusivo de investigación. Por lo que solicito su valiosa colaboración a través de respuestas sinceras y veraces; la información es completamente anónima.

Fecha:

Edad:

Género:

Formación:

Antigüedad en la profesión:

Turno en el que trabaja:

Instrucciones

A continuación se representa el siguiente cuestionario, al cual debes responder situándote en el día a día del desarrollo de la práctica clínica donde efectúas cuidado integral al paciente.

Lee cada enunciado, recuerda cómo es tu comportamiento real durante el cuidado que brindas, no cómo consideras que debería ser.

Marca con una **X** según consideres que corresponde.

1) ¿Se presenta con sus pacientes por su nombre?

a) *Sí.*

b) *A veces.*

c) *No.*

2) ¿Cómo se dirige a sus pacientes?

a) *Por su nombre y/o apodo.*

b) *Denominaciones impersonales.*

c) *Depende de que paciente.*

3) ¿Cuántos pacientes atiende durante su turno?

- a) 4
- b) 5
- c) 7

4) ¿Afecta la comunicación la cantidad de pacientes atendidos durante el día?
¿Cómo?

5) ¿Identifica características de comunicación no verbal del paciente? ¿Cuáles?

6) ¿Maneja el tono de voz al hablar con sus pacientes?

- a) *Sí.*
- b) *No.*
- c) *Depende de que pacientes.*

7) ¿Con qué tipo de lenguaje tiende a expresarse con el paciente?

- a) *Lenguaje técnico.*
- b) *Lenguaje sencillo.*
- c) *Combinación de ambos.*

8) ¿Se asegura que sus pacientes hayan comprendido la información que le ofrece?

- a) *Siempre.*
- b) *Solo cuando hacen preguntas.*
- c) *Nunca.*

9) ¿Consulta a sus pacientes sus preferencias en los cuidados necesarios para su atención?

- a) *Sí, es parte de su tratamiento.*
- b) *A veces.*
- c) *Nunca.*

10) ¿Explica y fundamenta los procedimientos a realizar en el paciente?

- a) *Sí, siempre*
- b) *Solo si pregunta.*

c) *Nunca.*

11) ¿Explicas las posibles reacciones adversas ante ciertos procedimientos y/o medicaciones?

a) *Siempre.*

b) *A veces.*

c) *Nunca.*

12) ¿Hace notar al paciente cuando está apurado?

a) *Se lo explico.*

b) *Mantengo postura de retirada para que se dé cuenta.*

c) *Mantengo la atención todo el tiempo que el paciente requiera*

13) ¿Considera que las necesidades de comunicación con el paciente son cubiertas?

a) *Si*

b) *No*

c) *A veces.*

14) ¿La institución evalúa su comunicación con el paciente?

a) *Si*

b) *No*

c) *A veces.*

Cuestionario de pacientes.

El presente cuestionario tiene la finalidad de conocer las características de la comunicación de enfermeros y pacientes, los datos obtenidos en este cuestionario serán para uso exclusivo de investigación. Por lo que solicito su valiosa colaboración a través de respuestas sinceras y veraces; la información es completamente anónima.

1) ¿El personal de enfermería lo llamo por su nombre?

- a) *Sí.*
- b) *No*
- c) *A veces.*

2) ¿El personal de enfermería se presentó con su nombre?

- a) *Sí.*
- b) *No*
- c) *A veces.*

3) ¿Cómo determinaría la comunicación con el personal de enfermería?

- a) *Buena.*
- b) *Mala.*
- c) *Regular.*

3. b-¿Por qué?

4) ¿Cómo valoraría la comunicación de enfermería respecto a su afección y cuidados?

5) ¿Cuáles son los aspectos positivos respecto a la comunicación?

6) ¿Cuáles son los aspectos negativos?

7) ¿Cómo cree que se podría mejorar?

Tabla 1: Composición del personal de enfermería entrevistado según la edad.

Edad de los enfermeros entrevistados	Enfermeros	
	Nº absoluto	Porcentaje.
a) 21 a 35 años	25	62,5
b) 36 a 45	12	30
c) más de 46 años	3	7,5
TOTAL	40	100

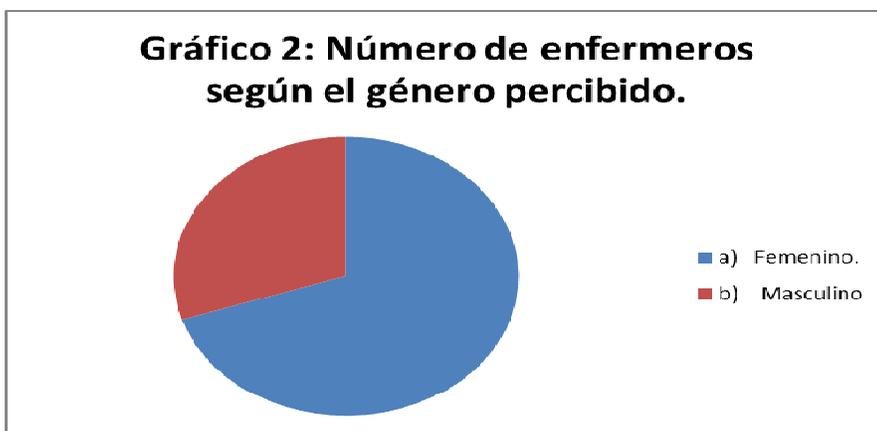


Fuente: Encuesta de elaboración propia. Marzo, abril 2020.

Tabla 2: Número de enfermeros entrevistados según el género percibido.

Genero percibido de los enfermeros entrevistados	Enfermeros	
	Nº absoluto	Porcentaje
a) Femenino.	28	70
b) Masculino	12	30
TOTAL:	40	100

Fuente: Encuesta de elaboración propia. Marzo, abril 2020.

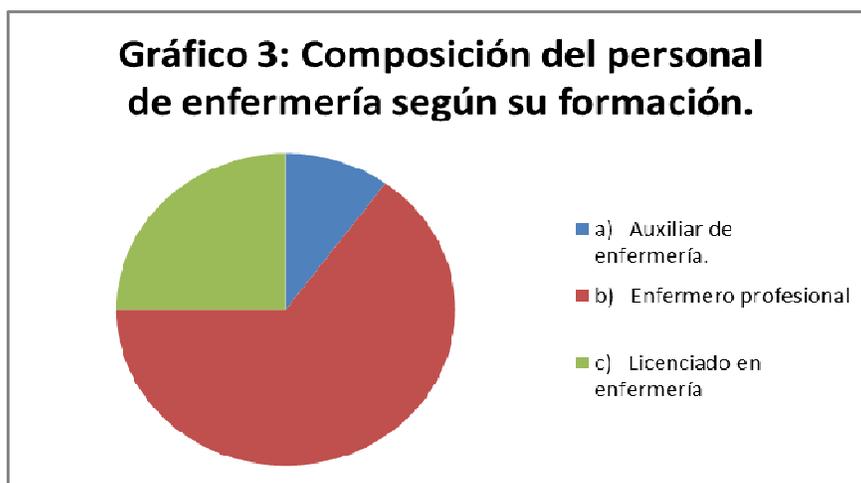


Fuente: Encuesta de elaboración propia. Marzo, abril 2020.

Tabla 3: Composición del personal de enfermería que se entrevistó según su formación.

Formación como enfermero	Enfermeros	
	Nº absoluto	Porcentaje
a) Auxiliar de enfermería.	4	10
b) Enfermero profesional	26	65
c) Licenciado en enfermería	10	25
TOTAL:	40	100

Fuente: Encuesta de elaboración propia. Marzo, abril 2020.



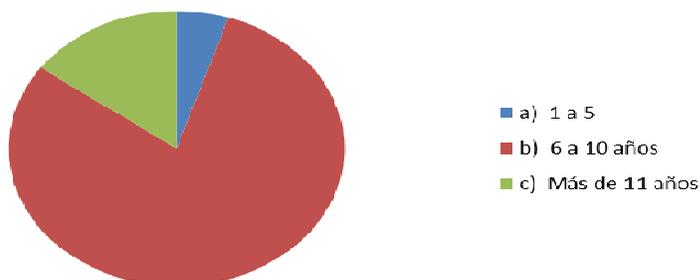
Fuente: Encuesta de elaboración propia. Marzo, abril 2020.

Tabla 4: Distribución del personal de enfermería entrevistado según su antigüedad.

Antigüedad como enfermero	Enfermeros	
	Nº absoluto	Porcentaje.
a) 1 a 5	2	5
b) 6 a 10 años	32	80
c) Más de 11 años	6	15
TOTAL:	40	100

Fuente: Encuesta de elaboración propia. Marzo, abril 2020.

Gráfico 4: Distribución del personal de enfermería según su antigüedad.



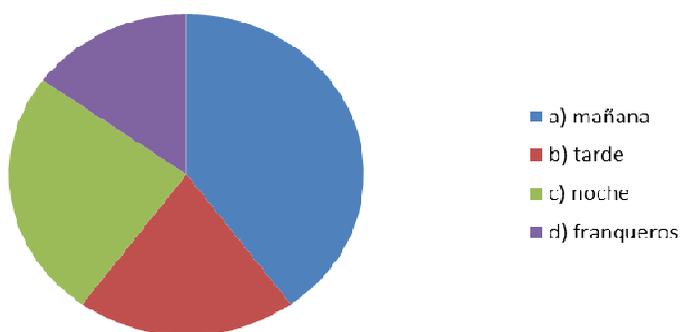
Fuente: Encuesta de elaboración propia. Marzo, abril 2020.

Tabla 5: Composición del personal de enfermería entrevistado en relación al turno en que trabajan.

Turno en el que trabaja	Enfermeros	
	Nº absoluto	nº relativo.
a) mañana	16	40
b) tarde	8	20
c) noche	10	25
d) franqueros	6	15
TOTAL:	40	100

Fuente: Encuesta de elaboración propia. Marzo, abril 2020.

Gráfico 5: Composición del personal de enfermería en relación al turno en que trabajan.



Fuente: Encuesta de elaboración propia. Marzo, abril 2020.