

**UNIVERSIDAD DE LA HABANA**  
**FACULTAD DE COMUNICACIÓN**  
**Departamento de Comunicación**

**TÍTULO**  
**COMPETENCIAS COMUNICATIVAS**  
**DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**Tesis en Opción al Grado Científico**  
**de Doctor en Ciencias de la Comunicación**

**AUTORA:** *Lic. Dalila A. Aguirre Raya*

**TUTOR:** *Julio C. González Morales*

Doctor en Ciencias Psicológicas

**ASESORA:** *Dra. Madelaine Sarría Castro*

MSc. en Bioestadística Médica del ISCM-H

**Ciudad de La Habana, 2005**

## **AGRADECIMIENTOS**

*A Julio César González Morales por su orientación y motivación por el tema.*

*A Margarita Alonso Alonso, por continuar la labor que Julio le encomendó.*

*A Iris Jan Rodríguez, mi primera profesora universitaria,  
por su dedicación al trabajo, su experiencia, por ser un ejemplo de enfermera  
y por su estímulo para seguir adelante.*

*A la Dra. Ana María Gómez y al MSc. Nicolás Garófalo,  
por sus valoraciones constructivas y afectuosas.*

*A la MSc. Marisol Bueno por sus observaciones.*

*A la Dra C. Angelina Roméu Escobar, quien en los últimos meses  
me brindó su apoyo y ayuda incondicional.*

*A la Lic. Maria Elena Zulueta, por su estilo y profesionalidad.*

*A todos aquellos que de alguna forma aportaron su grano de arena  
e hicieron posible que culminara esta investigación.*

## **DEDICATORIA**

*A mi hija Daniella, por la alegría que me regala día a día  
y por ser una de las motivaciones de mi vida.*

*A mis padres, por su apoyo incondicional.*

*A mi esposo, por su paciencia.*

## **RESUMEN**

El estudio que se presenta responde fundamentalmente a una investigación cuantitativa, de tipo explicativa, aunque se apoya en técnicas de la investigación cualitativa para el análisis de su objeto de estudio. Esta tuvo como finalidad fundamentar una estrategia que contribuya al desarrollo de las competencias comunicativas del profesional de enfermería que le permita lograr una relación enfermero/enfermera - sujeto sano o enfermo más plena. Con tal fin fue necesario determinar el grado de desarrollo de las competencias comunicativas de los profesionales que prestan servicios de salud a la población, realizar un análisis de contenido de los programas de estudios de la asignatura rectora Enfermería, y fundamentar una propuesta para el desarrollo de las competencias comunicativas en el que se utilizó un sistema de métodos teóricos y empíricos, tales como: análisis documental, entrevista a expertos e informantes claves, observación no participante, escala de actitudes, cuestionarios de conocimientos para los profesionales de enfermería y de satisfacción de la población. La articulación de todos estos métodos constituye una propuesta metodológica validada para el estudio de las competencias comunicativa en otros ámbitos. La información cualitativa se sometió a un análisis valorativo con procedimientos lógicos. Los datos cuantitativos se procesaron con el paquete estadístico SPSS versión 10.0 para Windows, que se presentan en tablas y gráficos. Su principal aporte consiste en abordar por primera vez la problemática desde una mirada comunicológica y con un enfoque interdisciplinario. Ofrece un diagnóstico del nivel de desarrollo de las competencias comunicativas que tienen los profesionales de enfermería quienes prestan servicios de salud, se elabora un sistema de referentes teórico - metodológicos para el desarrollo de dichas competencias en los futuros profesionales de enfermería y se propone una estrategia comunicativa y curricular que tributa a la formación de un enfermero o enfermera más competente.

## **PALABRAS CLAVE**

Comunicación; Competencia comunicativa; Competencia comunicativa profesional.

## ÍNDICE

	Págs.
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>CAPÍTULO I. COMPETENCIAS COMUNICATIVAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. FUNDAMENTOS</b> .....	6
1.1 Acerca de la competencia comunicativa. Antecedentes.....	7
1.2 Conceptuación de la competencia comunicativa.....	9
1.3 Competencia comunicativa del enfermero profesional.....	15
1.4 Referentes teóricos acerca del proceso de comunicación humana.....	27
1.5 Fundamentación del problema de investigación.....	35
<b>CAPÍTULO II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	45
2.1 Problema de investigación.....	46
2.2 Objetivos.....	47
2.3 Hipótesis y variables.....	47
2.4 Métodos.....	54
2.5 Población y muestra.....	58
2.6 Procedimientos de la investigación.....	61
2.7 Técnicas de procesamiento estadístico.....	62
<b>CAPÍTULO III. CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO ACTUAL DEL DESARROLLO DE LAS COMPETENCIAS COMUNICATIVAS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA</b> .....	63
3.1 Estado actual de desarrollo de las competencias comunicativas.....	64
3.2 Satisfacción de la población con los aspectos relacionados con la comunicación.....	70
3.3 Presencia de contenidos de comunicación en el currículo de la carrera.....	72
<b>CAPÍTULO IV. PROPUESTA DE UNA ESTRATEGIA PARA EL DESARROLLO DE LAS COMPETENCIAS COMUNICATIVAS DE LOS PROFESIONALES DE</b>	

ENFERMERÍA.....	76
4.1 Fundamentos teórico-metodológicos de una estrategia para el desarrollo de las competencias comunicativas de los profesionales de enfermería.....	77
4.2 Patrón de competencias comunicativas.....	82
4.3 Propuesta de objetivos formativos y contenidos a considerar para la implementación de la estrategia.....	93
4.4 Argumentación de la estrategia mediante el criterio de expertos.....	96
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>98</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>102</b>

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

**BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA**

**ANEXOS**

## INTRODUCCIÓN

La Enfermería es una profesión que tiene como base la atención al hombre sano o enfermo, la familia y la comunidad como unidad biopsicosocial y espiritual. A lo largo de su desarrollo, la Enfermería, como ciencia, ha realizado muchos esfuerzos dedicados a mejorar su desempeño y se han estudiado las formas de vinculación de la teoría con la práctica en la formación de recursos humanos.

Nuestro país se esfuerza por ofrecer atención calificada y con calidad a sujetos sanos o enfermos, y a la sociedad en su conjunto; además, exige profesionalidad en el desempeño de los profesionales del Sistema de Salud. Asimismo, los prepara para que ejecuten acciones de salud: de promoción, prevención, rehabilitación y curación, y para que sus capacidades profesionales sean reforzadas por la empiria, la intuición o el sentido común; por todo ello deben distinguirse como persona competente para dar solución a los problemas de salud planteados.

Ser un profesional de Enfermería (docente, técnico o profesional) implica cualidades muy especiales: “requiere crear y construir permanentemente la profesión, fuerza para mantenerse frente al dolor de otros, imaginación crítica para adaptar a la organización de los servicios de salud, un entorno favorecedor del cuidado de las personas. Requiere, por tanto, de una preparación y un talento científico, técnico y humano para enseñar y ayudar a suplir las necesidades de cuidado de cada individuo, como ser único e incorporarlo a su entorno, la familia y la comunidad” (1, 2).

Pero uno de los elementos que no puede dejarse a la opción o a las buenas intenciones, y que forma parte de su profesionalidad, es su eficiencia en el manejo de la comunicación porque son quienes pasan el mayor tiempo junto a los enfermos y sus familiares, y de ellos obtiene

las informaciones necesarias e identifica los problemas o necesidades de salud del enfermo, lo que le permite elaborar una estrategia de acciones en función de satisfacer estas necesidades.

Por otra parte, la Universidad propicia a los alumnos el aprehender un conjunto de conocimientos teóricos, pero no crea las condiciones suficientes para alcanzar un crecimiento en su formación humana, de aprender a interactuar comunicativamente con el otro. A partir de este análisis se debe admitir que existe un desfase entre el desarrollo integral de la competencia profesional del enfermero y su competencia comunicativa.

Los programas actuales enfatizan en la adquisición de conocimientos y habilidades teórico-prácticas que garanticen el cumplimiento de la tarea, pero sin considerar adecuadamente la importancia que debe otorgársele a la comunicación en su unidad con la actividad. Todo ello repercute negativamente en la satisfacción de la población y en la calidad de los servicios.

Los profesionales que se forman durante la carrera -y que necesitan de las interacciones humanas en su trabajo-, establecen, en muchas ocasiones, una relación que se caracteriza por un enfoque tecnocrático. Ello puede estar relacionado con el hecho de que el egresado, durante su formación, no adquiere habilidades ni desarrolla actitudes que le permitan asumir el rol que de él debía esperarse; por eso se establecen relaciones formales con las personas que interactúan en el ejercicio de la profesión, alejadas de su realidad psicológica y sociocultural.

A partir de lo expuesto, la presente investigación se plantea **la interrogante** siguiente:

***¿Cuál es el estado actual de desarrollo de las competencias comunicativas en el profesional de enfermería?***

La investigación tiene como finalidad fundamentar una estrategia para el desarrollo de las competencias comunicativas de los profesionales de enfermería.



Las condiciones de Cuba han cambiado considerablemente en los últimos años; por ello resulta necesaria la introducción de modificaciones significativas en los actuales planes de estudios. Las transformaciones se relacionan con la necesidad de un nuevo perfeccionamiento, en correspondencia con los cambios que se producen en el mundo y con la actual Batalla de Ideas que libra nuestro pueblo, lo que plantea retos superiores en la formación de pregrado. De ahí que se evidencie la intención de fortalecer la formación social y humanística en todas las carreras relacionadas con la historia de la profesión, sus aspectos legales, la ética y las competencias relacionadas con la comunicación. En el contexto de la Batalla de Ideas se pueden asociar nuevos conceptos en relación con el estudio y el trabajo, y de la teoría con su aplicación práctica.

La **novedad** de la tesis radica en que no existen antecedentes de investigaciones sobre el tema en el Sistema Nacional de Salud y esta permite identificar los aspectos claves que caracterizan el bajo nivel de desarrollo de las competencias encontrado. Propone una alternativa metodológica válida para el estudio de su objeto. Plantea una estrategia para el desarrollo de las competencias comunicativas, así como un patrón para su desenvolvimiento. Los resultados de la investigación favorecerán la aplicación de un método de trabajo de la profesión con eficiencia y científicidad, contribuyendo a que el profesional adquiera una filosofía individual de su profesión y de los cuidados de salud que brinda a sujetos sanos o enfermos.

La **significación práctica** de la investigación se valida al resaltar que la adquisición de competencias comunicativas por la enfermera / el enfermero profesional propiciará un mejor acercamiento entre los actores de la comunicación: el enfermo y el profesional, una atención de enfermería más efectiva, un incremento en la calidad de la atención y del nivel de seguridad, confianza y satisfacción de la población, que redundará en una imagen social positiva de la profesión con incremento de la satisfacción y motivación de los profesionales que la ejercen. La propuesta del patrón que se presenta puede ser de gran utilidad en la formación de los recursos humanos de otras áreas o ciencias, y en él se proponen los sustratos teórico-prácticos que responden a las necesidades de los profesionales de enfermería.

Para ello se parte del análisis de los presupuestos teóricos, que están sustentados por una revisión bibliográfica actualizada sobre la temática en la literatura nacional e internacional en los campos de la lingüística, las ciencias pedagógicas, psicológicas, de la comunicación social y de la salud; de ahí que la sistematización del estado del arte en estos temas represente un aspecto novedoso, pues se aplica al campo de actuación profesional de enfermería con un enfoque holístico e integrador, donde el sujeto es ubicado en el centro del proceso, y ello contribuye al desarrollo integral de la personalidad del profesional al abarcar las dimensiones afectivo-cognitivo, motivacional, emocional, comunicativo y sociocultural. Esto demuestra y ratifica el reconocimiento de que esta ciencia necesita de un enfoque interdisciplinario. Además, se identifican y describen los elementos componentes de la competencia comunicativa del enfermero profesional y sus dimensiones.

Los resultados, por tanto, enriquecen las ciencias de la comunicación porque redimensionan la teoría de la comunicación al aplicarla al campo de actuación profesional de otra ciencia: la Enfermería.

La tesis se estructura en cuatro capítulos. En el primero se abordan los antecedentes históricos de la competencia comunicativa y los fundamentos teóricos en los que se apoya la definición y el modelo que se propone. Hará énfasis, además, en la competencia comunicativa del enfermero y en sus componentes. Reúne criterios de diferentes autores sobre el proceso de comunicación humana, los modelos o enfoques, niveles, espacios, así como la fundamentación del problema de investigación.

En el segundo se presentan los aspectos metodológicos de la investigación y en el tercero se ofrecen y analizan los resultados de los instrumentos aplicados a las muestras. Concluye con el cuarto capítulo, que contiene una estrategia para el desarrollo de las competencias comunicativas en la formación de profesionales de enfermería, representa uno de los aportes más importante de la tesis, que se elabora a partir de los resultados del diagnóstico.

Al finalizar la presentación de los cuatro capítulos se ofrecen las conclusiones, las recomendaciones, las referencias bibliográficas, la bibliografía consultada, figuras y anexos. En relación con las fuentes documentales revisadas es conveniente apuntar la escasez de títulos e investigaciones sobre la temática en el sector de la salud y en las ciencias de la comunicación porque si bien resulta de interés nacional e internacional, no ha sido sistematizada en estudios teóricos.

**CAPÍTULO I. COMPETENCIAS COMUNICATIVAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. FUNDAMENTOS.**

### **COMPETENCIAS COMUNICATIVAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. FUNDAMENTOS.**

En el presente capítulo se analizan los fundamentos teóricos de la categoría principal de la investigación: la competencia comunicativa. Se ofrecen algunas concepciones sobre el proceso de comunicación humana a partir del enfoque de varios teóricos. Al mismo tiempo se fundamenta el problema de investigación, y se concreta la posición teórica de la autora ante el tema.

#### **1.1 Acerca de la competencia comunicativa del profesional. Antecedentes.**

La palabra competencia proviene del griego "agón", que da origen a "agonía" y "agonistes", que era la persona que competía en los juegos olímpicos con el fin de ganar. Antes de la década de los años 60, la palabra se asociaba a la concepción conductista desarrollada por la psicología behaviorista; "a partir de la crítica que Noam Chomsky hace a Skinner, quien explicaba el aprendizaje de la lengua a partir de la relación emisor-receptor, no considerando la naturaleza creativa del hombre" (3), Chomsky se propone construir una nueva teoría sobre la adquisición de la lengua. En 1957, acuña el término competencia, que define como "capacidades y disposiciones para la interpretación y la actuación." Pero "la teoría propuesta por este destacado autor, no logra resolver el problema de la relación entre la lengua y la actuación". Su concepto de competencia comprende solo la competencia lingüística, con la cual, por sí sola, no se garantiza una comunicación eficiente.

Por otra parte, el paradigma chomskyano ha sido refutado por considerar la lengua como un sistema axiomático, que niega su carácter de producto de la actividad práctica y cognoscitiva y contradice su carácter social, lo que lo lleva a admitir que la influencia de los factores externos sólo afecta la actuación pero no la competencia" (4).

Hymes (1967) según señala Roméu (2004), opone al concepto de competencia propuesta por Chomsky, el concepto de competencia comunicativa que comprende para él la competencia

lingüística, la sociolingüística, la discursiva y la estratégica. Canale y Swain (1980), hacen referencias al uso de la estructura lingüística, asumen la competencia lingüística, sociolingüística, discursiva, didáctica y estratégica como dimensiones de la competencia comunicativa. Maingueneau (1984), se opone al concepto chomskyano de competencia comunicativa, y formula su concepto de competencia interdiscursiva.

En los últimos años, la competencia comunicativa ha sido estudiada por profesionales de diversas áreas de la ciencia como son las ciencias pedagógicas, psicológicas y sociales que destacan la necesidad del uso adecuado de la lengua y además, otros elementos que intervienen en la comunicación eficiente y en el entendimiento mutuo. Se destacan autores como Ortiz (1997), quien hace referencia al desarrollo de la misma en el educador, Cancio (1998) señala algunas habilidades necesarias y Cot (2000), siguiendo los criterios de Canale y Swain y a partir del concepto de interacción, define el concepto de competencia pragmática.

Charaudeau (2001) propone retomar aspectos tratados por la pragmática, la enunciación y la sociolingüística dentro de una teoría del sujeto. Beltrán (2001) la aborda como habilidades necesarias para la participación, mientras Fernández (1996-2002) orienta su estudio desde un enfoque psicológico y la señala como un factor de la eficiencia profesional. Forgas (2003), por su parte, plantea que existe relación entre la competencia comunicativa con la profesional, al tiempo que Parra (2004) asume que la competencia comunicativa trasciende el sentido propio del conocimiento del código lingüístico.

Habermas(1987), por su parte hace referencia a la racionalidad comunicativa en la búsqueda del entendimiento mutuo, mientras que Roméu (2003-2005), cuyo enfoque resulta el más integrador, contempla en sus trabajos todas las áreas y esfera del desarrollo humano que posibilitan la participación del sujeto en diferentes contextos comunicativos.

Sobre los criterios expresados por los autores que argumentan sus diferencias concuerdo con ellos en la necesidad de considerar en el análisis de las competencias comunicativas los factores sociales, psicológicos, culturales, así como el contexto en que tendrá lugar la situación comunicativa sin negar su estrecha relación con la necesidad de un dominio adecuado de la lengua.

## **1.2 Conceptuación de la competencia comunicativa**

Antes de ofrecer una definición al respecto es necesario señalar que la misma ha sido tratada por autores de diferentes áreas de la ciencia, en ese sentido se presentarán los diferentes enfoques que sirven de sustento teórico a la definición que se ofrece.

Con un enfoque lingüístico se destacan autores como Hymes (1967) quien se opone al concepto de competencia lingüística propuesto por Chomsky ya que para él la competencia comunicativa comprende la competencia lingüística, la socio-lingüística, la discursiva y la estratégica. Tal definición apunta hacia el aspecto verbal y pragmático, sin embargo, deja de lado el proceso de producción de significados. Hymes la define como “la habilidad para usar la lengua, de ahí que indague acerca de cómo el conocimiento se convierte en uso. El considerar la competencia lingüística vinculada a la actuación, lo lleva a acuñar el término de competencia comunicativa” (5).

Canale y Swain (1980), al identificar las dimensiones de la competencia comunicativa ambos autores apuntan hacia el aspecto verbal y pragmático, pues tienen en cuenta el conocimiento de las estructuras lingüísticas, el saber adecuar su uso a las exigencias del contexto, el saber estructurar coherentemente el discurso y el emplear estrategias efectivas para iniciar, desarrollar y finalizar la comunicación. Integran en el concepto de competencia comunicativa “los conocimientos y habilidades necesarios para lograr una comunicación eficiente”, de modo que integran dos componentes que en Chomsky y en Hymes habían aparecido divorciados (6).

Mainueneau (1984), no comparte en su totalidad el concepto chomskyano de competencia lingüística, y formula su concepto de competencia interdiscursiva, que define, desde la teoría de la enunciación, como el dominio que poseen los enunciadores de un discurso, que les permite producir y entender enunciados de conformidad con una formación discursiva y reconocer los enunciados compatibles e incompatibles con ella. (7)

Entre otras conceptualizaciones sobre competencia comunicativa y siguiendo la orientación lingüística se encuentra la realizada por Cancio (1998) quien la define como “aquella que comprende lo gramatical, pero también actitudes, valores y motivaciones referentes a la lengua, a sus rasgos y usos, e integra actitudes para interrelación de la lengua con otros códigos de la conducta comunicativa” (8), o la realizada por el Centro de Estudios de Educación Avanzada citada por Arcia (1999) quienes afirman que: “es la capacidad de un individuo de usar adecuadamente su lengua sonora natural” (9), y describen como

componentes esenciales de la competencia comunicativa las siguientes habilidades: observación, empatía, escucha activa y expresión oral.

Castillo (2000), centra su interés en el desarrollo de la competencia comunicativa, entendida como “la capacidad de comprender un amplio y rico repertorio lingüístico dentro de la actividad comunicativa en un contexto determinado. Implica el conocimiento del sistema lingüístico y de los códigos no verbales y de sus condiciones de uso en función de contextos y situaciones de comunicación” (10). Cot (2000), siguiendo los criterios de Canale y Swain a partir del concepto de interacción, define el concepto de competencia pragmática, y declara como dimensiones de ésta la sociolingüística, la textual y la estratégica, en las cuales está presente el componente interactivo” (11).

Charaudeau (2001) citado por Roméu, propone retomar aspectos tratados por la pragmática, la enunciación y la sociolingüística dentro de una teoría del sujeto. Considera, según Roméu, “que la construcción de sentido procede de un sujeto que se dirige a otro sujeto, dentro de una situación de intercambio específica, que sobredetermina la elección de los recursos del lenguaje que pueda usar”. Elabora un modelo que consta de tres niveles, con tres tipos de competencias correspondientes para el sujeto: nivel situacional y competencia situacional, competencia discursiva y la competencia semiolingüística. La competencia situacional exige que todo sujeto que se comunica sea apto para construir su discurso en función de la identidad de los protagonistas del intercambio, de su finalidad, su propósito y las circunstancias materiales que lo rodean. La competencia discursiva exige de cada sujeto que se comunica e interpreta esté en capacidad de manipular (Yo) – reconocer (Tú) las estrategias de puesta en escena que se desprenden de las necesidades inherentes al marco situacional. La competencia semiolingüística postula que todo sujeto que se comunica e interpreta pueda manipular – reconocer la forma de los signos, sus reglas combinatorias y su sentido, a sabiendas de que se usan para expresar una intención de comunicación, de acuerdo con los elementos del marco situacional y las exigencias de la organización del discurso. Este tipo de competencia comprende tres niveles que implica cada uno un saber-hacer: un saber-hacer en términos de composición del texto, un saber-hacer en términos de construcción gramatical y un saber-hacer relativo al uso adecuado de las palabras y el léxico (4).

Según Beltrán (2001), “es el conjunto de habilidades que posibilita la participación apropiada en situaciones comunicativas específicas” (12). Este autor afirma que participar



apropiadamente en una interacción comunicativa consiste en cumplir con los propósitos de la comunicación personal; esto es, lograr lo que se quiere o necesita y hacerlo dentro de lo socialmente aceptable (sentido y coherencia). En sus trabajos aborda las competencias comunicativas desde dos enfoques, que en su opinión permiten orientar la comprensión del proceso comunicativo.

El primero, se ubica en el nivel intraindividual y da cuenta de la facultad humana de adquirir y usar el lenguaje, lo que se denomina competencia lingüística. El segundo, corresponde al nivel interindividual, donde se resalta el papel que tiene la interacción social en la construcción de la competencia comunicativa y hace referencia al aprendizaje de la lengua, es decir, se pretende que el sujeto sea competente para comunicarse en la lengua estudiada tanto en la forma oral como escrita en las distintas situaciones de la vida cotidiana.

Van Dijk (2000) expresa en relación con los criterios abordados anteriormente que “los que han tratado de ofrecer una definición más completa acerca de este concepto, mantienen la dimensión lingüística, y añaden a esta la dimensión pragmática. Generalmente, estas definiciones no se refieren a una dimensión cognitiva pero incluyen los componentes de la competencia comunicativa y los procesos comunicativos en los que el lenguaje esta implicado así como su relación con la actividad sociocultural que el hombre despliega.

Básicamente, coinciden en los aspectos lingüísticos y estratégicos pero dejan de lado el proceso de producción de significados, que antecede al acto comunicativo al decir de Vigotsky, por lo que, más recientemente, se ha reconceptuado el término al incorporarle el componente cognitivo o de producción de significados, además de hacer explícita la competencia sociocultural” (13).

Desde el contexto pedagógico, Ortiz (1997) la concibe como “la capacidad del maestro para establecer una comunicación efectiva y eficientemente óptima (con sus alumnos), al desarrollar en su personalidad un estilo de comunicación flexible y lograr resultados educativos deseados” (14), ha sido tratada como habilidades comunicativas, tales como: La lectura, la expresión oral y escrita y la observación. Dicho autor describe en sus trabajos tres etapas para el desarrollo de las competencias comunicativas y elabora un conjunto de exigencias a la personalidad del maestro para ser competente comunicativamente e influenciar de manera positiva en el desarrollo de las mismas en los educandos.

Forgas (2003), por su parte, señala que “el talento comunicativo requiere de un determinado nivel de desarrollo de la inteligencia para saber, saber hacer y saber actuar, que no es bajo, ni necesariamente excepcional”. Es por ello que plantea que en la actualidad “las competencias comunicativas forman parte de las competencias profesionales” (15).

Parra (2004), considera que “la competencia comunicativa pedagógica incluye los procesos lingüísticos, psicolingüísticos y sociolingüísticos, es por eso que plantea, que la competencia comunicativa trasciende el sentido propio del conocimiento del código lingüístico, para entenderse como una capacidad de saber qué decir a quién, cuándo, cómo decirlo y cuándo callar que implica aceptar que la competencia comunicativa no es reductible al aspecto lingüístico, que tienen que considerarse, además, los aspectos sociológicos y psicológicos implicados” (16).

Asimismo, hace referencia a definiciones que resaltan la psicologización de las competencias con las que no discrepa, reconoce el componente subjetivo de las competencias y alerta sobre la necesidad de cambiar la mirada hacia otras áreas de la ciencia, pues se estaría siendo tan reduccionista como la lingüística.

Considera razonable afirmar que no es posible lograr una verdadera competencia comunicativa al margen del desarrollo de las habilidades comunicativas y el empleo de un apropiado estilo de comunicación, define las competencias comunicativas como “una síntesis singular de habilidades y estilos que se emplean acertadamente por el sujeto en consonancia con las características y exigencias de los participantes y contextos donde tiene lugar la comunicación”. Señala que “entender la competencia comunicativa como un estado de preparación general del sujeto implica asumirla como un proceso susceptible de ser moldeado, formado y desarrollado a partir de la intervención pedagógica pertinente que se expresa en diferentes niveles; presupone concordar con la idea de que la preparación general hace alusión tanto a la teórica, como a la afectiva y a la práctica; es decir, incluye la preparación psicológica, lingüística y la social cultural”. Por ello, cuando se afirma que “se está considerando un estado de preparación general se hace referencia tanto a la posesión de los recursos y conocimientos que son necesarios, como a la disposición para realizar eficientemente la comunicación” (16).

Por otra parte, Hospitalé (2004) considera que "la competencia comunicativa es un fenómeno que va más allá de la eficacia de nuestros conocimientos, hábitos y habilidades que intervienen en la actuación personal en situaciones de comunicación. Por tanto, trabajar

por la competencia comunicativa significa abordar elementos de las dos esferas básicas de la personalidad, tanto la motivacional-afectiva como la cognitiva-instrumental". Así dentro de las competencias más importantes, en su opinión, se encuentran "las relacionadas con el manejo de información, el trabajo en equipos, la capacidad comunicativa, la solución de problemas, la toma de decisiones y la formación de una visión científica y tecnológica del mundo" (17).

Con un enfoque psicológico se destacan los trabajos de Zaldívar (1998) quien define las competencias comunicativas como "el conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes, valores y comportamientos que nos capacitan para la producción, recepción e interpretación de mensajes de diferentes tipos y a través de diferentes canales, que facilitan y promueven el inicio, mantenimiento y fin de relaciones interpersonales positivas" (18); y de la psicóloga y pedagoga Ana María Fernández (1996- 2002), quien la aborda como, "factor de la eficiencia profesional del educador," y señala que la misma es un componente de su profesionalidad. La define como "la presencia de una orientación psicológica favorable a la relación humana y el dominio de un saber profesional de habilidades, procedimientos y técnicas que facilitan la eficiencia en el proceso de comunicación interpersonal" (19).

Al respecto, esta autora sostiene que la competencia comunicativa va más allá de la eficacia de los conocimientos, hábitos y habilidades que intervienen en la actuación personal. Sugiere que el tema debe ser visto desde lo personal, al considerar que el hombre interviene y se expresa en la relación interpersonal como personalidad y, por tanto, en su actuación en contextos comunicativos, entran en juego tanto los elementos que permiten la ejecución pertinente desde el punto de vista cognitivo instrumental (conocimientos, habilidades, etc.), como aquellos que se refieren a la esfera motivacional afectiva, y que son sus necesidades y motivos, sus propósitos, expectativas y vivencias. Resalta, además, que en el intercambio comunicativo intervienen como elemento esencial la subjetividad de aquellos que participan, es decir, los elementos afectivos que resultan en su opinión insoslayables y decisivos en la eficiencia.<sup>1</sup>

Desde el punto de vista comunicativo, la competencia comunicativa ha sido abordada por algunos autores como el conjunto de habilidades o capacidades que posibilita la participación apropiada en situaciones comunicativas específicas. Participar apropiadamente

---

<sup>1</sup> Se entiende la eficiencia como un claro intercambio de mensajes y la aceptación recíproca, con un mínimo empleo de tiempo y esfuerzo cognitivo, bajo condiciones vivenciales positivas.

en una interacción comunicativa consiste en cumplir con los propósitos de la comunicación personal; esto es, lograr lo que se quiere o necesita y hacerlo dentro de lo socialmente aceptable (sentido y coherencia) El desarrollo de estos conocimientos se inicia desde el nacimiento y continúa durante toda la vida. También ha sido tratada como capacidades comunicativas que regulan la comunicación interpersonal entre los sujetos entre ellas se destacan: la autenticidad, la expresividad afectiva, la comprensión empática y la tolerancia.

Habermas, por su parte, acota Rodríguez (2000), conceptúa la competencia comunicativa “como la capacidad de actuar comunicativamente, ajustando recíprocamente sus acciones en la búsqueda de un entendimiento mutuo intersubjetivo como principio generador de conocimiento y de su socialización” (20).

Por último, el enfoque de Roméu (2003-2004), quien ha trabajado las dimensiones socioculturales de la competencia comunicativa y la define como “una configuración psicológica que integra las capacidades cognitivas y metacognitivas para comprender y producir significados, los conocimientos acerca de las estructuras lingüísticas y discursivas y las capacidades para interactuar en diversos contextos socio-culturales, con diferentes fines y propósitos. Se articulan así los procesos cognitivos y metacognitivos, el dominio de las estructuras discursivas y la actuación sociocultural del individuo, lo que implica su desarrollo personalógico (cognitivo, afectivo-emocional, motivacional, axiológico y creativo)”. La competencia cognitiva, comunicativa y sociocultural de Roméu, “constituye un todo, divisible solo desde el punto de vista metodológico. La unidad y cohesión de sus dimensiones están dadas porque quien aprende y se comunica es la personalidad, de acuerdo con la herencia histórico-cultural adquirida socialmente, y que implica sus saberes culturales así como la cultura de las personas con las que interactúa, sus conocimientos, necesidades, intereses, motivos, sentimientos, emociones y valores” (21, 22).

Dicha autora aborda la competencia comunicativa desde tres dimensiones: la cognitiva, la comunicativa y la sociocultural. Ve al hombre como sujeto del conocimiento y al lenguaje como medio cognición y comunicación. Al sujeto lo analiza en su contexto, en las relaciones con los otros, desde sus valores, costumbres, sentimientos, posición y rol social. Por lo que se considera este enfoque como el más integrador.

Es evidente que se trata de formar hombres competentes para el desempeño de su vida personal, profesional y social. Aunque sobre el tema no se haya alcanzado una unidad

conceptual, en casi todos los casos se ha destacado la importancia de su adquisición y desarrollo para el éxito del proceso de interacción profesional en los diferentes contextos.

A pesar de los innumerables criterios emitidos por los autores consultados y de no encontrar un grado de consenso en los conceptos abordados, la autora de la investigación define la competencia comunicativa del profesional como la potencialidad que tienen los sujetos implicados de lograr una adecuada interacción comunicativa a partir del dominio e integración en su ejercicio profesional de los conocimientos acerca del proceso de comunicación humana, habilidades comunicativas, principios, valores, actitudes, emociones y de la voluntad para desempeñarse eficientemente y tomar decisiones oportunas ante situaciones complejas o nuevas, de tal modo que facilite el logro de los objetivos trazados por ambos en diferentes situaciones comunicativas en el ejercicio de su trabajo en los diferentes entornos socioculturales.

### **1.3 Competencia comunicativa del enfermero profesional.**

El desarrollo de las competencias comunicativas en el enfermero propicia el establecimiento de relaciones de ayuda, las que se conforman con la actitud facilitadora del profesional de enfermería, mediante acciones como escuchar empáticamente, con interés y una actitud acorde con la situación individual del enfermo. De esta manera, el enfermo percibe que se comprende sus sentimientos, capta y recibe información y, así, el profesional de enfermería verifica y formula nuevamente el mensaje elaborado y emitido por él mismo. Todo ello transforma la relación terapéutica en un ideal de interés personal y atención hacia lo que se está desarrollando.

En tanto, la autora entiende la competencia comunicativa del enfermero profesional como:

*El grado de integración de los conocimientos, habilidades, principios y actitudes desde la unidad de lo afectivo-cognitivo, comunicativo y sociocultural para lograr una adecuada relación interpersonal con la persona sana o enferma.*

En ese sentido se abordarán los componentes de las competencias comunicativas del profesional de enfermería y posteriormente se mencionan sus dimensiones, las que serán explicadas en el modelo que se propone en el capítulo cuarto.

La competencia comunicativa del enfermero, en su dimensión cognitiva, se da en “el conocimiento de las reglas psicológicas, culturales, sociales y lingüísticas que rigen en su cultura” (23).

Incluye la *competencia lingüística* en cuanto ésta es el conocimiento del *léxico* y de las reglas combinatorias de una lengua, pero va más allá de ella en cuanto es el conocimiento del uso apropiado del lenguaje en distintas circunstancias. Abarca también la *competencia discursiva*, pero va más allá de ellas porque la comunicación incluye el conocimiento acerca de la selección del discurso apropiado para la *situación comunicativa*.

El cuidado es una acción propia del profesional de enfermería y se define como la interacción que realiza con otras personas con el fin de promover su salud, prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar las enfermedades que puedan padecer. Asimismo, los propósitos que busca intencionalmente al interactuar con ellos son el bienestar, la calidad de vida y el desarrollo humano y social mediante acciones de promoción de salud y de atención de la enfermedad.

La interacción del profesional de enfermería con otros cuidadores de la salud, se contextualiza, es decir, adquiere significado en los fines ya propuestos para el Cuidado de Enfermería. “Concebir el Cuidado como una forma de interacción significa que los fines se logran a partir de la definición de una situación que busca intencionalmente la coordinación de acciones entre el profesional de enfermería y los sujetos del cuidado” (23).

La dimensión comunicativa implica el conocimiento sobre elementos de la comunicación, habilidades comunicativas y actitudes contextualizadas a su campo de actuación profesional, que propicie el establecimiento de una comunicación eficaz entre la enfermera o el enfermero -el sujeto sano o enfermo. Si las personas que la ejercen aprenden a comunicarse con sus enfermos, sus familiares y con los miembros del equipo de salud el trabajo de enfermería pudiera hacerse menos complicado y se convertiría en una fuente de satisfacción.

La dimensión sociocultural permite reconocer que el personal de enfermería interactúa con personas de diferentes grupos sociales, los que tienen formas particulares de comprender el fenómeno salud enfermedad, y hacia esas diferencias deben estar dirigidos, también, los cuidados de enfermería.

En ese sentido, los sujetos con quienes las enfermeras y los enfermeros interactúan en primera instancia son “personas y colectivos en diferentes contextos sociales, tales como instituciones de salud, educativas u otras instituciones sociales donde se encuentran cotidianamente los sujetos del cuidado; interactúa con otros actores que también realizan acciones en el campo de la salud y la enfermedad; constituyendo la Enfermería un campo de intersección de saberes compartidos por diversas disciplinas y de intereses y finalidades en algunos casos comunes, en otros diferentes”(23).

No obstante, las dimensiones del concepto que se ofrece resultan congruentes con los elementos que se proponen como componentes de la competencia comunicativa del profesional de enfermería. Ellos son los conocimientos, habilidades, actitudes, principios y valores, así como la motivación profesional.

### **1.3.1 Motivación profesional**

Acerca de la motivación Tazón (2000) plantea que “el comportamiento proviene del interior y del entorno que puede de manera significativa animar, desviar y bloquear este proceso que busca manifestar y expresar las necesidades reales y vitales. De esta manera, el patrón de motivación que presenta la enfermera en la elección y desarrollo de la profesión estará muy relacionado con los cuidados que brinda” (24).

Abraham Maslow, psicólogo humanista, propuso una escala de necesidades organizadas de manera jerárquica en una pirámide en la cual se recogen y expresan las necesidades humanas, la que ayuda a comprender mejor la motivación profesional. La pirámide en su base recoge aquellas necesidades compatibles con la vida y que garantizan la supervivencia, en la medida que se acerca al vértice se aprecian las necesidades de índole psicológica y social. Los profesionales se deben mover en estos últimos escalones en relación con la motivación profesional. En esencia, se plantea que el hombre para realizarse social, espiritual o profesionalmente, requiere tener satisfechas las necesidades de primer orden compatibles con la vida, pues las necesidades guían y dirigen la conducta humana a la satisfacción de las mismas (Anexo 8).

En ese sentido Martínez (2004) considera que “los motivos por los cuales las enfermeras eligen esta profesión, es por el interés en la otra persona y el deseo de ayudar y cuidar a los demás, es decir, realizar cuidados centrados en el paciente; además de la obtención de

conocimientos técnicos de la profesión corriéndose el riesgo de pasar por alto las necesidades del enfermo si no se es cuidadoso en su desempeño. Por consiguiente, uno de los puntos clave en la labor de enfermería es: la valoración social” (25).

La satisfacción profesional se relaciona con la calidad; por tanto, en la medida en que el profesional se sienta satisfecho con el servicio que presta, ello favorecerá su desempeño y originará criterios de buena atención, satisfacción y calidad. A mayor motivación por lo que se hace, menos riesgos de frustración y mayores probabilidades de realización personal y profesional.

Profesionales de la salud en investigaciones realizadas han referido que “la motivación por la tarea es un elemento decisivo para ser competente en el trabajo de la salud y que la motivación percibida tiene asociación con la sensibilidad humana que reportan los profesionales y la calidad de los servicios que brindan” (26, 27). Es por ello que la autora consideró prudente explicitar algunas cuestiones importantes sobre la motivación profesional, como motor impulsor de las acciones del sujeto, al considerar que si las personas que ejercen esta profesión no se sienten motivadas por lo que hacen, difícilmente mostrarán disposición para la adquisición de conocimientos, el desarrollo de habilidades, y por lo tanto, podrán asumir actitudes negativas hacia su trabajo y hacia las personas a quienes brindan sus cuidados.

### **1.3.2 Conocimientos**

Los conocimientos de las competencias comunicativas fueron identificados a partir de las revisiones bibliográficas realizadas, de las entrevistas a expertos e informantes claves de la carrera. Por otra parte, la autora considera que los conocimientos están en la base del desarrollo de las habilidades y actitudes.

Mientras más significativo sea para la enfermera o el enfermero conocer sobre la temática, mejor preparado estará para asumir relaciones interpersonales responsables, seguras e individualizadas y se sentirá capaz de enfrentar adecuadamente los problemas profesionales, así como las situaciones de salud que la ciencia y la vida le impone, pues sabrá como manejar los conocimientos que posee e interactuará mejor en relación con su objeto de estudio y el mundo que le rodea.



Se considera que los conocimientos que posee un sujeto le sirven de base para la adopción de una determinada actitud y para la toma de decisiones; estos se consideran aprendidos cuando se han asimilado significativamente y provocan cambios en el comportamiento del sujeto.

### **1.3.3 Habilidades comunicativas**

La literatura muestra bastantes incongruencias e imprecisiones en el tema, no todos los autores consultados identifican las mismas habilidades. La autora considera que este tema es muy polémico, ya que algunos lo entienden como cualidades, rasgos del carácter, actitudes, entre otros.

Fuentes (1998) plantea que “las diferencias entre el éxito que alcanzan algunas personas en su comunicación con los otros pueden estar relacionada en gran medida por las cualidades de la personalidad del individuo, la presencia de ciertas actitudes, que hacen del sujeto un buen o no tan buen comunicador” (28). Sin embargo, estiman que también intervienen en el éxito algunas habilidades que lo hacen tener una actuación más eficaz.

Otros autores hacen referencias a habilidades de desarrollo social, los que definen como “manifestaciones en un contexto interpersonal que expresan los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones, derechos del individuo y que permiten la comunicación con sus semejantes, adultos y coetáneos; respetando los derechos de los demás y defendiendo los propios, sin provocar situaciones con probabilidades de conflictos o al menos minimizando su ocurrencia” (29)

Fernández (1996), considera que las habilidades comunicativas “son aquellas referidas a la expresión, a las posibilidades del sujeto para la observación y para lograr la empatía emocional” (30).

Se reconoce la existencia de puntos de vista diferentes en relación con este tema en la bibliografía consultada, por eso en el estudio se asume la propuesta de Fernández, en particular, las habilidades para la expresión oral y la observación.

Las habilidades comunicativas que se asumen y se proponen como necesarias para desarrollar las competencias comunicativas en la enfermera y el enfermero son definidas por la autora como aquellas capacidades o propiedades psicológicas de la persona que le

permiten establecer relaciones interpersonales y les permiten realizar con éxito las funciones básicas de la comunicación y al mismo tiempo sus funciones profesionales.

Se entiende por habilidades para la observación la posibilidad de orientarse en la situación de comunicación por medio de cualquier indicador conductual del interlocutor, actuando como receptor. Por otra parte, la escucha, habilidad que exige de la enfermera una competencia especial, se define como la posibilidad de ayudar al sujeto sano o enfermo a decir o expresar lo que siente y piensa acerca de su problema de salud y poder detectar lo que el enfermo no ha dicho. Por ello López (2003) afirma que “la verdadera comunicación no comienza hablando, sino escuchando” (31).

La función de la enfermera, mediante la escucha, es ayudar al enfermo a encontrar la solución de sus problemas por medio de sus propios conocimientos, creencias y opiniones, de manera que se responsabilice con su salud al tomar conciencia de su afección. Implica aceptar al enfermo como es, lo que no significa que se comparta sus opiniones o puntos de vista, pero sí que se le vea como un sujeto maduro y capaz de modificar sus actitudes y asumir la responsabilidad ante su estado de salud.

Fernández afirma que estas habilidades son susceptibles de ser instrumentadas a partir de ejercicios y que para lograr una competencia comunicativa se necesita también de la sensibilización emocional respecto a la relación interpersonal, el desarrollo de actitudes favorables, la formación de cualidades morales, la estimulación del pensamiento flexible, la creatividad, y otras. Destaca que en la situación de comunicación el hombre interviene como personalidad y la eficiencia en su actuación está dada por elementos ejecutores, instrumentales, motivacionales, caracterológicos y personológicos. Cualquier experiencia que enriquezca la personalidad favorece sus posibilidades para la comunicación.

Dentro de las habilidades comunicativas se ha considerado, por algunos autores, los estilos de actuación<sup>2</sup> o relación interpersonal, aunque no es criterio compartido por la mayoría, no obstante, se asumen la denominación de González (2005) como “habilidades para combinar diferentes estilos de comunicación, a partir de las exigencias de la situación comunicativa” (32).

---

<sup>2</sup> Por estilo de relación se entiende la posibilidad de adoptar formas efectivas para decir las cosas que contribuyan a la confianza y al respeto, de reconocer las señales de tensión en nosotros y en los demás.

Se reconocen por Sherod Miller (1990) cuatro estilos fundamentalmente, ellos son (33):

**Estilo I.** Conversación breve - Conversación de taller.

**Estilo II.** Conversación de control - Conversación de pelea - Conversación de resentimiento.

**Estilo III.** Conversación de búsqueda.

**Estilo IV.** Conversación directa.

Las dos formas del estilo I son utilizadas frecuentemente en el trabajo y en la vida diaria. La gente las usa cuando se socializan o conversan de cualquier tema, o comparten información de rutina. Es un estilo amistoso y convencional, permite disminuir la tensión emocional, relajarse, conocer a la otra persona.

Las formas del estilo II tienen intenciones diferentes, la primera forma, conversación de control, es positiva y constructiva. Las otras dos, conversación de pelea y de resentimiento, son negativas y pueden llegar a ser destructivas. La conversación de control es un estilo de comunicación activo y eficiente. La conversación de pelea es un estilo reactivo de conversación, más que proactivo; la de resentimiento es indirecta y cubre el dolor, es un intento de ser poderoso siendo indefenso. Mientras que la de resentimiento es una forma pasiva de expresar la falta de poder y la falta de esperanzas.

La conversación de búsqueda en el estilo III es un acto positivo. Su naturaleza no amenazante ni enjuiciadora mejoran la armonía y edifica la confianza entre las personas. La conversación directa del estilo IV tiene como propósito construir, no destruir.

Los estilos de comunicación son habilidades que dicen mucho de las personas durante la interacción comunicativa y en dependencia del uso que se le dé por los interlocutores será más o menos efectiva la comunicación.

#### **1.3.4 Actitudes**

López (2003) afirma que comunicar es una aptitud, una capacidad, pero sobre todo una actitud. Supone ponerse en disposición de comunicar. Donde el comunicador no solo piense

en lo que quiere decir, sino también en aquel a quien se lo va a decir. Considera que es el destinatario del mensaje quien determina las características del mensaje, cómo será enunciado, qué medios se emplearán y qué lenguaje utilizar.

De ahí que diversos autores consideren que en la comunicación con el otro sea necesario partir de los intereses, preocupaciones, necesidades y expectativas de la otra persona, toda vez que el destinatario espera que se hablen cosas que son de su interés o que representan objeto de preocupación para él, de ahí que resulte necesario encontrar puntos de encuentro para el establecimiento del diálogo. Condición que solo es posible cuando se sabe escuchar lo que al decir de López: “la principal condición de un buen comunicador es saber escuchar” (31), al tiempo ratifica que la actitud de pensar en el otro la lleva dentro todo buen comunicador, y tanto así, que sería como una segunda naturaleza, casi un instinto.

Esa capacidad de entender al otro, de ponerse en su lugar, de compenetrarse con él, es lo que se ha llamado empatía y en ese sentido es que el profesional de enfermería tendrá que desempeñarse eficientemente en la atención a sujetos sanos o enfermos, y debe adoptar determinadas actitudes que le permitan acercarse a ellos. Dicha actitud ayuda a los profesionales de enfermería en la comprensión del enfermo, se acompaña de recursos verbales y extraverbales que hace que el sujeto se sienta comprendido. Por tanto, la enfermera debe hacer coincidir los mensajes que transmite por ambas vías y evitar las simulaciones.

Vidal (2002) considera que la empatía “es una actitud deliberada, voluntaria, un esfuerzo consciente que se hace para ponernos en el lugar del otro interlocutor con el fin de comunicarnos con él. Es una condición que se puede cultivar y desarrollar. Significa querer y valorar a aquellos con los cuales se quiere establecer una comunicación, implica comprensión, paciencia, respeto profundo, cariño, significa estar personalmente comprometidos” (34).

La enfermera o el enfermero tienen que ser capaz de interpretar el significado que para el enfermo tiene su enfermedad, por ello deben ser comprensivos y tolerantes. La tolerancia implica la comprensión; cuando se es tolerante, se pueden conformar mejor los puntos de vista, puesto que se ha dedicado tiempo a escuchar a la otra persona y a analizar también sus criterios; se evita juzgar y se trata de tener en cuenta los hábitos, costumbres y creencias de la otra persona para poderla comprender mejor.

### **1.3.5 Principios y valores**

Los principios que regulan el comportamiento les permiten a los profesionales de la enfermería comprender, asumir y aplicar con toda responsabilidad los conocimientos adquiridos, sus habilidades y actitudes. El cumplimiento de los principios éticos propicia satisfacción personal y profesional así como una atención más humana e individualizada al enfermo.

Los principios que regulan el comportamiento del sujeto durante una situación comunicativa son extraídos de la realidad sociocultural, ellos son según González (2001-2005) (Anexo 9): Relacionados con el respeto al criterio de los demás, con la comprensión como fin, con una visión competitiva o cooperativa de la comunicación y con la valoración de la calidad del punto de vista interactivo y del punto de vista personal” (35).

1. *El respeto al criterio de los demás*: es un principio clave para el éxito de la comunicación. “Algunas personas se caracterizan por considerarse a sí mismas poseedoras de la verdad, lo que determina desde el inicio del intercambio una postura subestimadora del criterio del otro, que se convierte en barrera para la verdadera auto expresión” (36). Se considera necesario inculcar a las personas la premisa de que nadie es poseedor de la verdad absoluta y sí considerar que el criterio de las otras personas siempre constituirá un aporte valioso y, por lo tanto, hay que respetarlo.
2. *Cooperación vs competencia*: se plantea que “existen personas que tienen una visión competitiva de la comunicación y establecen relaciones con los demás para demostrar que sí tienen la razón y que las cosas son como ellos dicen, conciben el proceso como un campo de batalla. Estas personas comparten el principio: *Yo gano, tú pierdes*; en correspondencia con la concepción de auto expresión, el principio rector debería ser *Ganar Ganar*, de manera que prime una visión cooperativa de la comunicación” (36).
3. *La comprensión*: en este principio se expresa en dos posturas posibles y diferentes, los que conciben la comprensión mutua como el fin último de la comunicación, aplican el principio “Primero comprender y luego ser comprendido”, lo que se logran mediante una escucha empática y, por otra parte, existen los que al estar convencidos de que tienen la verdad en la mano, aseguran que lo importante es “primero que lo comprendan a uno para después comprender al otro” (36).
4. *La interactividad*: abundan “los que creen que siempre tienen la razón y que su criterio es superior o mejor a cualquier otro, y los que saben que por muy fuerte que pueda

resultar cualquier punto de vista personal, siempre será mucho más vulnerable que otro construido de ese modo interactivo”. Los segundos “consideran que su criterio puede aportar a la conformación de otro superior al que sólo puede llegarse a través de buenos intercambios” (36).

Los principios que regulan el comportamiento humano nacen de corrientes humanistas que defienden el criterio del hombre como una totalidad y no como una suma de sus partes o función independiente. La corriente humanista centrada en la persona, analiza al hombre con una visión integral y como ser único, permite establecer la conexión con las ciencias que se responsabilizan con el cuidado del hombre y de la vida humana.

La psicología humanista considera al hombre como “una persona íntegra, total e irreplicable, por naturaleza creadora, en la que se manifiesta la unidad del intelecto y las emociones, y en las que las fuerzas internas que promueven su desarrollo le conducen hacia las formas más plenas de funcionamiento humano” (37). Esta concepción implica una visión optimista del hombre capaz de conducir responsablemente su propio desarrollo, a diferencia de las concepciones conductistas y psicoanalistas en las que el hombre es un ser pasivo, irresponsable, y vive preso de sus instintos y estímulos externos que son los que determinan de manera absoluta su conducta.

Esta corriente humanista defiende el respeto a la dignidad humana, expresa su preocupación por el bienestar de los hombres y su desarrollo multidimensional, que propicie la creación de condiciones de vida de calidad que permita su crecimiento, defiende el derecho a la paz, el progreso, la equidad, solicita e invita al diálogo, al respeto mutuo y reconoce a los semejantes como entes activos y necesarios para cualquier interacción. La humanización comprende, coinciden los autores, “todos aquellos aspectos en los cuales el hombre nace, crece y se desarrolla, ellos son: su cultura, su historia desde lo histórico y social del desarrollo humano y todo lo espiritual y subjetivo del hombre” (37, 38). El conocimiento y la interiorización de estos principios favorecen en el sujeto la formación y consolidación de valores humanos y profesionales<sup>3</sup> como el respeto, que se pone de manifiesto cuando en el campo de actuación profesional del enfermero, este es capaz de respetar la intimidad, mantener la confidencialidad de la información que brinda el enfermo y sabe delimitar las áreas de competencia de otros profesionales, lo que está muy relacionado con la responsabilidad sobre sus actuaciones y decisiones.

<sup>3</sup> **Valores profesionales:** Aquellas cualidades de la personalidad profesional que expresan significaciones sociales de redimensionamiento humano y que se manifiestan relacionados al quehacer profesional y modos de actuación.

Por otro lado, Arana (2002) los valores “guían la actividad humana en todas sus dimensiones, convirtiéndose en elementos que regulan la conducta de los seres humanos y son una especie de sello de presentación con las que nos mostramos con quienes nos rodean en nuestros vínculos sociales. Se encuentran estrechamente vinculados a la vida del hombre, a sus necesidades, intereses, aspiraciones y motivaciones. Un valor posee un contenido conductual, conduce a un tipo de acción que propende a un comportamiento activo del sujeto y, por ende, a un mejoramiento de su conducta”.

Los valores profesionales no son más que valores humanos contextualizados y dirigidos hacia la profesión. Constituyen, a la vez, “rasgos de la personalidad profesional, y contribuyen a definir una concepción y sentido integral de la profesión” (39).

El cuidado de enfermería se desarrolla dentro de una relación privilegiada enfermera-persona (familia, grupo) que recibe asistencia. Se considera que es privilegiado “por la continuidad, la confianza e intimidad que la caracteriza y que le permite a la enfermera conocer las necesidades de la persona, tanto aquellas derivadas del estado de salud o enfermedad como de otras situaciones de angustia y preocupación que alteran su bienestar y pueden retardar su recuperación, además, en esta relación interpersonal de cuidado de enfermería el profesional pone al servicio de la persona que cuida, conocimientos sólidos y actualizados de la ciencia y tecnología, así como los fundamentos humanísticos, culturales, sociales, biológicos, epidemiológicos e históricos para dar una atención integral e individualizada” (40).

En ese sentido Prieto (1999) afirma que “el descuido a menudo del trabajo, el deterioro de la cultura del lenguaje y la conducta, el empobrecimiento de los hábitos de vida y laboral, entre otros factores obran en contra del profesionalismo”, como valor. En cambio “la conducta honesta, responsable conduce al individuo a sentirse, y pensar que se esta comportando competentemente” (41).

Si se quiere mejorar la calidad de los servicios de salud no sólo será necesario actualizar, modernizar o mejorar los equipos y medios técnicos que garantizan la calidad técnica, sino también se ha de incrementar la satisfacción de las necesidades sentidas de la población, inevitablemente relacionadas con la comunicación competente del personal de enfermería,

que en el cumplimiento de sus funciones establece relaciones con los sujetos sanos o enfermos y con los demás miembros del equipo de salud.

Ben-Sira (1980) y Friedson<sup>(1960)</sup> en estudios efectuados comprobaron que “los sujetos enfermos se guían para la satisfacción más por los elementos de comunicación afectiva que por los puramente técnicos” (42, 43).

Otros sostienen que “los procedimientos cada vez más sofisticados y tecnológicos de los profesionales de la salud hacen que los enfermos tengan una menor participación en los problemas de salud que lo aquejan y al no poder evaluarlo técnicamente, sustentan su juicio en la relación afectiva que establecen con el profesional” (44).

Al respecto Morales (1999) cita resultados de trabajos de otros investigadores del tema y concluye que “son cuatro los factores que inciden favorable o desfavorablemente en la satisfacción de la población entre ellos se destacan por orden de prioridad: La comunicación, el reconocimiento de la individualidad del enfermo, la calificación profesional percibida y las características del ambiente en que se brinda la atención.” (45). Así mismo cita trabajos de Ley y Spelman, quienes consideran que la satisfacción es a la vez una variable que va a tener impacto en la adherencia, es decir, en el apego del enfermo al cumplimiento de las indicaciones recibidas para la buena evolución de su enfermedad.

Morales (1999), citando otro autor, señala que “la inmensa mayoría de las críticas que hacen los pacientes a la atención médica están dirigidas a la calidad de las relaciones interpersonales, es decir, las dimensiones sociopsicológicas del ejercicio de los profesionales de la salud. Valorar profundamente esta crítica se torna decisivo, ya que la satisfacción de las necesidades sociales fundamentales tienen, para la realización plena del hombre, el mismo valor que las necesidades biológicas” (45).

Al respecto es necesario apuntar que el ciudadano que tiene experiencias positivas de la salud pública y alto nivel de satisfacción con la atención recibida mantiene una actitud activa en cuanto a la solicitud de ayuda médica y de enfermería y a la transformación de su modo de vida en aras de incrementar su salud. De esta manera, un paciente satisfecho con la atención presenta un mayor grado de cumplimiento de las indicaciones médicas y de enfermería y se muestra más cooperativo, dado lo cual traduce la existencia de una real confianza en el criterio y la actividad del profesional.



En ese sentido Friedson (1960) afirma que “el criterio que se forma la población sobre la competencia técnica de los profesionales de la salud esta correlacionada positivamente con el grado de satisfacción que el mismo sienta en la relación interpersonal que establece con el equipo de salud” (43).

Diversos autores han estudiado a profundidad el papel de la comunicación informativa y afectiva en la satisfacción de la población; entre ellos se destacan los aspectos siguientes: “el uso adecuado de vocabulario técnico, la adecuación de la información a las características individuales del enfermo, la habilidad del profesional de la salud para comunicar cariño e interés a los enfermos a través de los canales verbales y no verbales como aditivo especial a la capacidad técnica en la prestación efectiva de la atención de salud y la preocupación que el profesional muestre por los aspectos personales, familiares y sociales del enfermo es percibida de modo general como una manifestación afectiva de especial significación para los enfermos. Así un mayor volumen de información, a un ritmo que permita la recepción adecuada por el enfermo incrementa la calidad de la relación entre ambos y la participación activa del enfermo y sus familiares” (46, 47, 48).

Son varios los estudios donde “la satisfacción promovida por los profesionales de la salud en los enfermos mostró una correlación significativamente positiva con la habilidad de los profesionales para decodificar las emociones expresadas a través de la postura corporal y los movimientos faciales” (49).

También se registran otras investigaciones que hacen referencia a la repercusión del entorno en la calidad de la comunicación, evidenciando que el ruido, la falta de privacidad, las condiciones físicas e higiénicas deficientes del lugar de consulta o atención, son factores que entorpecen la comunicación y generan insatisfacción.

Finalmente, se considera importante dotar al futuro profesional de enfermería de los elementos necesarios que le permita participar competentemente en una interacción comunicativa con el sujeto sano o enfermo y los miembros del equipo de salud, así como realizar adecuadamente las funciones inherentes a la profesión y prepararlo al mismo tiempo, para la vida. Superando así, el saber y saber qué, dando paso al saber ser y saber cómo.

#### **1.4 Referentes teóricos acerca del proceso de comunicación humana. Concepto. Modelos, niveles y espacios.**

El hombre posee una capacidad que lo diferencia del resto de los animales. Es el único que

posee un sistema nervioso lo suficientemente desarrollado que le permite procesar y almacenar información y emplearla cuando sea necesario; además un aparato capaz de emitir sonidos que le permiten ser comprendido por sus semejantes. La capacidad comunicativa del hombre se debe al desarrollo de aquellas conseguidas por las especies que le antecedieron, las que fueron heredadas e hicieron posible la comunicación humana. Con el paso del tiempo estas capacidades han sufrido modificaciones por la evolución de la propia especie y por la influencia de la sociedad y la cultura. Dichas capacidades requieren de las relaciones comunicativas a todo el ámbito de la interacción humana.

Los hombres, a diferencia de los animales, hacen referencias en sus interacciones a “los estados del propio actor y de su ecosistema natural, pero también al ecosistema artificial creado por el propio hombre y al universo gnoseológico de la cultura, las ideas y los valores” (50). Los mismos han multiplicado su capacidad de comunicación al crear una serie de instrumentos como la radio, la imprenta, la televisión, el correo electrónico, el telégrafo, fax, etc., lo cual le permite comunicarse de manera rápida y con un mayor alcance.

Todo ello gracias a las representaciones de la mente humana, la capacidad para organizarlas y de actuar de forma lógica, lo que no es posible realizar por otros seres vivos.

La palabra comunicación significa, en su origen, hacer común un conocimiento, compartir. Con el tiempo esta acepción sufrió cambios y fue aceptándose como acto de transmisión.

Algunos especialistas consideran que la causa de tal fenómeno pudiera estar asociada a la aparición y desarrollo de los llamados medios de comunicación social, - la prensa, el cine, la radio, la televisión.

Desde la semiología y la lingüística también se hicieron estudios sobre el uso de los signos y el lenguaje en la comunicación, también ha sido estudiada por otras áreas conceptuales como la matemática, la biología, la física y la economía trayendo consigo una multiplicidad de enfoques que han fragmentado su identidad y por eso es posible encontrar una diversidad de acepciones sobre comunicación humana.

Serrano afirma que: “la comunicación es una forma de comportamiento que se sirve de actos expresivos en vez de actos ejecutivos, o si se quiere, un procedimiento entre otros posibles, para lograr algo, cuando el logro tiene que alcanzarse en el marco de un sistema de

interacción” (51). Señala que la comunicación, supone, la participación de, al menos, dos actores.

Tanto a nivel biológico como social, dice Serrano, “cuando Ego lleva a cabo una comunicación, lo hace para obtener del otro, con el otro, por medio del otro, contra el otro o apartando al otro alguna clase de resultado en el que esta interesado. La comunicación precisamente por ser un mecanismo de interacción alternativa a la coactuación, no se distingue de esta última a nivel de sus objetivos, sino a nivel de sus procedimientos” (51). Las diferencias entre coactuación y comunicación se establecen “por su distinto grado de riesgo”. El riesgo de que la comunicación sea ineficaz puede estar relacionado con las siguientes:

- Las expresiones que el primer sujeto utiliza no son comprendidas por el sujeto al que van destinadas.
- El sujeto, al que van destinadas las expresiones, recibe y comprende el significado de las expresiones pero no desea corresponder a las expectativas del otro sujeto.

Aunque su propio origen hace referencias a cómo entenderla, ha sido definida como acto de transmisión de informaciones, ideas, conocimientos, etc. Concepto que ha sido cuestionado por otras definiciones como la de Pascuali, citado por Vidal (2003), quien define la comunicación como “la relación comunitaria humana que consiste en emisión y recepción entre los interlocutores en estado total de reciprocidad” o como Beltrán, “proceso de interacción social democrática, basada en el intercambio de signos, por el cual los seres humanos comparten voluntariamente experiencias bajo condiciones libres e igualitarias de acceso, diálogo y participación”(52).

Si la comunicación se reduce a transmisión, los sujetos emisores tendrían receptores subordinados a él, evidenciándose relaciones verticales y unidireccionales. Si por el contrario, se reconoce la posibilidad de intercambio, diálogo y entendimiento mutuo se potencia la participación de los sujetos en la vida social. Todo ello orienta, siguiendo a Rodrigo Alsina, la necesidad de ampliar el objeto de estudio de la comunicación a la comunicación humana; por eso la autora de la investigación comparte la acepción de comunicación como posibilidad de intercambio, diálogo y entendimiento mutuo.

Barbero, reconoce la necesidad de tener presente los elementos culturales para entender y explicar el proceso de comunicación. Desde su enfoque cultural descentra la atención en los medios como únicos componentes del proceso de comunicación y señala la necesidad de

abordar las mediaciones que tienen lugar en los procesos de comunicación y la incorporación de lo cultural como ingrediente fundamental para entender y explicar la comunicación.

González (2003) por su parte, asume la comunicación como proceso configurado en varios niveles, que al decir del autor, cada uno de ellos “se manifiesta entre actores que interactúan en ámbitos sociales específicos y poseen sus propias particularidades, sus aspectos comunes y sus elementos de enlace con el resto” (53).

Se destacan otras valoraciones acerca de la comunicación humana a partir de construcciones realizadas por otros teóricos de la comunicación y con una nueva mirada. Batista (2003) hace referencia a lo que Habermas define como racionalidad<sup>4</sup>, el autor elabora una teoría sobre la racionalidad instrumental y la racionalidad comunicativa, señalando que la racionalidad instrumental concibe la tecnología como ciencia aplicada, es decir, asume que los conocimientos prácticos se derivan de los conocimientos teóricos para el logro de un fin o propósito deseado. Este paradigma, según el autor, ha permeado también la escuela, dándole un carácter intelectualista a la educación, recibiendo los educandos aquellos contenidos indispensables para la realización de sus actividades profesionales, carente de todo tipo de información acerca de cómo enfrentar las situaciones de la vida cotidiana, no reconociéndose, según Habermas citado por Batista, “la dimensión social en la formación profesional del sujeto” (54).

Considera que “no se puede ver el proceso de formación del conocimiento separado de la formación intelectual general y la configuración armónica de la personalidad” Al mismo tiempo señala que “se debe considerar el potencial científico con el saber social y la práctica, sólo así se formarán hombres racionales, donde el conocimiento no sea utilizado solamente para proponer metas, sino también como formas de entendimiento mutuo, dejando atrás a la racionalidad instrumental y dando paso a la racionalidad comunicativa” (54).

Habermas (1987) utilizó el término “acción comunicativa” para aquellas expresiones (lingüísticas y no-lingüísticas) con las que sujetos capaces de habla y acción asumen relaciones con intención de entenderse acerca de algo y coordinar así sus actividades. Estas actividades coordinadas comunicativamente pueden constar por un lado de acciones comunicativas o no-comunicativas” (55).

<sup>4</sup> Racionalidad: El término ha sido muy debatido en la literatura universal y se ha conceptualizado de diferentes maneras en correspondencia con el paradigma en que se sustenta. Para Habermas una persona es racional cuando expresa opiniones fundadas, actúa con eficiencia, justifica sus acciones a través del cumplimiento de las normas vigentes, y en un conflicto normativo se comporta con lucidez.

La teoría de Habermas, a decir de Hoyos y Vargas (2002), “fundamenta no sólo la comprensión, sino el comprender algo, en procesos de comprensión mutua, haciéndose comprensibles quienes participan en la comunicación, toda vez que el acto de habla es un invitar a otro para entenderse cooperativamente acerca de algo del mundo de la vida<sup>5</sup>, haciendo de lo que pretendidamente es el mayor obstáculo epistemológico -el compromiso valorativo- la mayor virtud de un proceso de comprensión comunicativa” (56).

Toda esta situación conceptual analizada entraña una contradicción: comunicar como transmitir, proceso unidireccional y comunicar como compartir, proceso bidireccional, interactivo, de mutuo acuerdo. Ambas acepciones se encuentran según los estudiosos en polos diametralmente opuestos. Lo cierto es que la comunicación es mucho más que eso, es un proceso complejo, multifacético, de construcción de significados, valores, códigos y signos que admiten múltiples interpretaciones en los diferentes contextos socioculturales.

Al respecto Vidal (2003) afirmó que “los usos que en su conjunto significaban compartir, pasan progresivamente a un segundo plano, para dejar lugar a los usos lingüísticos centrados en torno al significado transmitir” (57).

Algunos modelos de comunicación parten de modelos educativos, la razón por la cual se parte del estudio de los modelos educativos está, al decir de Mario Kaplún (2003), en que “a cada tipo de educación corresponde una determinada concepción y una determinada práctica de la comunicación” (58).

De ahí que se puedan establecer correspondencia entre los dos enfoques mencionados anteriormente y los enunciados por Kaplún:

- *Modelos transmisivos:*
  - Modelo que hace énfasis en el contenido.
  - Modelo que hace énfasis en los efectos.
- *Modelo participativo:*
  - Modelo que hace énfasis en el proceso.
- *Modelo dialógico.*

---

<sup>5</sup> Término sustantivo de toda la tradición de la filosofía de la conciencia. Desarrollado en la fenomenología de Husserl y que se traduce en las esferas de desempeño del hombre, o sea, el trabajo, el lenguaje y la interacción social.

El modelo clásico transmisivo data de los años 40 del siglo pasado, en Estados Unidos. Los trabajos de Shannon, uno de los más relevantes, proporcionaron un modelo valioso y conocido de los elementos componentes del sistema de transmisión de la información: el emisor, el receptor, el canal o vía a través del cual se transmite el mensaje y el mensaje en sí mismo. También se incluyen en el modelo los procesos de codificación y decodificación del mensaje que deben hacer emisor y receptor respectivamente, así como el proceso de retroalimentación. Este modelo fue asumido para operar los medios masivos de difusión donde la comunicación que implica reciprocidad, intercambio, se redujo a un proceso de transmisión de la información.

Entre los modelos transmisivos se destaca el que hace énfasis en el contenido y el modelo que hace énfasis en los efectos. El primero que hace énfasis en el contenido es el que Paulo Freire calificó de bancario y en él predomina, contextualizado desde el punto de vista educativo, el tipo de educación donde el educador desempeña el rol activo y el educando el rol pasivo, “era un modelo diseñado para la domesticación del hombre” (59). El mismo es considerado un modelo unidireccional, paternalista y vertical de comunicación, que tributa al logro de los objetivos propuestos, donde predomina el monólogo como modo de comunicación y se convierte de esta forma en una comunicación autoritaria.

Por otro lado, el segundo, surge en los Estados Unidos durante la Segunda Guerra Mundial, y se apoya en la Teoría de Pavlov sobre los reflejos condicionados. Es el modelo que más ha influido en la concepción de comunicación, cuestiona al modelo tradicional y surge en respuesta al mismo. Trata de buscar los mecanismos para moldear la conducta humana en aras de objetivos previamente determinados, se basa en mecanismos de estímulo y recompensa, y es en este sentido que el modelo habla de cambios de actitudes, pretende inculcar nuevos hábitos, costumbres y valores, sin someterlas a la libre elección de la persona y sin que reflexione sobre ello. Aquí lo importante es lograr el resultado que se desea. Desde el punto de vista comunicativo, se corresponde con una comunicación persuasiva, pues hay comunicación siempre que se logre el objetivo predeterminado.

Existen muchos otros modelos que no serán mencionados y que representan una mirada transmisiva en comunicación.

Por último, se destaca el modelo participativo, el modelo que hace énfasis en el proceso; es el Modelo Pedagógico de Paulo Freire, su principal inspirador, lo llama educación liberadora o transformadora. El modelo exalta los valores de solidaridad y cooperación, así como la creatividad y las potencialidades de los sujetos. Se apoya en la tecnología no para apoyar los contenidos, sino para problematizar, para estimular el diálogo y la participación. Ayuda a que el sujeto reflexione sobre su propia dignidad, refuerza su autoestima y contribuye a que recupere la confianza en sus propias capacidades creativas. Su propósito fundamental es resaltar el derecho de todo hombre a la libertad para realizarse plenamente como tal en su entrega libre a los demás hombres.

Las relaciones de comunicación que se producen en este modelo participativo son, horizontales y dialógicas y buscan promover el desarrollo de (60):

- Las competencias comunicativas de los participantes, que implican el desarrollo de sus habilidades comunicativas y la adquisición de herramientas para favorecer sus potencialidades como emisor; competencia que permita a los sujetos desarrollar su potencial comunicativo, creativo, expresivo.
- La competencia para analizar los mensajes, que permita al sujeto ser un consumidor inteligente, reflexivo y crítico.
- El desarrollo de conciencia crítica.

Para González (2003) la comunicación humana es “un sistema interactivo complejo de producción de sentido entre actores sociales” (61). Denomina como actores sociales a las personas, grupos, organizaciones y naciones. Destaca que cada actor posee niveles de complejidad diferentes y conforman sujetos específicos productores y portadores de sentido subjetivo propio, es decir, su subjetividad. Por tanto, al hablar de sujeto, el autor se refiere no solo a las personas sino también a los grupos, a las organizaciones y a las naciones, y en ese sentido establece niveles de la comunicación humana.

Los niveles de la comunicación humana son formas de agrupar como ocurren los procesos intersubjetivos, es decir, la construcción de sentido para los diferentes sujetos, individuales y colectivos, los que están interconectados entre sí. Se registran diferentes clasificaciones entre las que resalta tres niveles: el Interpersonal-Intragrupal, Intergrupal-Institucional, Institucional- Social (61, 62).

En el nivel interpersonal los actores son personas que están en situación de compartir o

intercambiar contenidos subjetivos personales en función de resolver asuntos que de algún modo están relacionados con la satisfacción de una o varias necesidades. En ocasiones, se obtienen resultados que resultan contenidos subjetivos del grupo que esas personas construyen en sus interacciones.

González, señala una serie de factores que ayudan a delimitar lo interpersonal de otros niveles y le otorga una especial importancia al contenido de la comunicación, que en su opinión orienta en qué nivel de comunicación humana se encuentra el sujeto. El propio autor considera que estos aspectos de la comunicación humana no han recibido en la producción teórica ni en la práctica comunicativa toda la atención que merece.

En el nivel intergrupales los actores son grupos que intercambian contenidos subjetivos grupales en función de resolver asuntos que de algún modo están relacionados con la satisfacción de una o varias necesidades del grupo como sujeto. Así, en el nivel institucional, cada uno de los actores organizará su comportamiento de manera que exprese y defienda los criterios y expectativas de sus organizaciones o países y no los personales. Mientras que el nivel masivo de la comunicación se corresponde con la sociedad global, tiene por fuente una organización formal (institucional) y como emisor un comunicador profesional, que establece una relación unidireccional y pocas veces interactiva con el receptor.

En esta investigación se intenta establecer los nexos entre la teoría de la comunicación y la profesión enfermería, ciencia que se encuentra como muchas otras alejadas de las ciencias de la comunicación y que, sin embargo, muestran puntos comunes, pues las relaciones que se establecen dentro de ella son básicamente en el nivel interpersonal, por lo que la autora considera necesario llamar la atención al respecto.

El cuidado como objetivo central de la profesión se alcanza, entre otras cosas, mediante una adecuada comunicación interpersonal que se expresa en las relaciones que establece el sujeto sano o enfermo con los profesionales de la salud que brindan los servicios.

La relación profesional de la salud-sujeto sano o enfermo ha sido tradicionalmente estudiada por médicos, psicólogos y raras veces por sociólogos y comunicadores. De cualquier forma las relaciones interpersonales se dan a través y por medio de la comunicación por lo que en el estudio de la comunicación entre lo antes planteándose tendrá en cuenta que las relaciones entre ambos son básicamente interpersonales, con la particularidad que la misma se establece en el ámbito hospitalario, o sea, dentro de una institución, por lo tanto, el profesional representa los intereses, las normas y valores de la institución a la que pertenece, aunque sus puntos de vista personales se deslizen



entre las normas y criterios de la institución; que al decir de González (2003) “los criterios de las organizaciones son expresadas a través de las características de personalidad de sus portadores”, esto es, según el autor, lo que explica que la relación que se establece entre los niveles no es una relación lineal.

En la literatura especializada se hace referencia a los espacios en los que se da la comunicación: espacios privado y público. La comunicación privada se dirige exclusivamente a una persona determinada o a un número limitado de personas definidos de manera inequívoca, mientras que la comunicación pública se da en un círculo de receptores que no está estrechamente delimitado ni claramente definido; el mensaje llega a cualquiera que le interese, o esté en posición de obtener acceso a él.

La distinción entre “información institucional/ información privada” sólo adquiere significación social cuando llega a reconocerse la diferencia entre el interés propio de uno o de varios miembros respecto del interés general. Ese reconocimiento debió de producirse más bien para hacer prevalecer las necesidades colectivas sobre las particulares. Pero en cualquier caso, la noción de “información que concierne al conjunto” exige la noción correlativa de “información que sólo concierne a uno o a algunos”. Esta distinción sugiere la privacidad en la misma medida que legitima la corporatividad. La aparición de Sistemas de Comunicación Pública puede tenerse, sin ninguna paradoja, como el momento en el que una colectividad reconoce, en su práctica institucional, que el ámbito de la existencia privada es otro espacio de conocimiento, de intereses y por tanto de libertades y de derechos (62).

La autora de la investigación considera que la relación que se establece entre el profesional de enfermería y el sujeto sano o enfermo se da en un espacio privado dentro de la organización.

### **1.5 Fundamentación del problema de investigación**

En marzo del 2001, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial para la Salud (OMS) plantearon que los servicios de enfermería tienen como misión prestar atención de salud a las personas, las familias y las comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en los diferentes aspectos de prevención de enfermedades, promoción de la salud, recuperación y rehabilitación, con un enfoque holístico e interdisciplinario, con el fin de contribuir a un mayor bienestar de la población. También se destaca que las intervenciones de enfermería están basadas en “principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y a la dignidad humana” (63).

Las enfermeras han sido vistas tradicionalmente como un personal subalterno y dependiente, y en realidad lo eran, puesto que todo su actuar profesional estaba vinculado sólo con el cumplimiento de las indicaciones médicas. De ahí que “la mayoría de los problemas morales de la profesión de enfermería estuvieran circunscritos a si la enfermera había o no cumplido correctamente las indicaciones médicas. Pero a partir de la segunda mitad del pasado siglo, con el reconocimiento de la enfermería como ciencia constituida, con su propio cuerpo teórico-conceptual y su método de actuación, esta profesión elevó su rango académico y, al alcanzar el nivel universitario, se vinculó, en un plano de igualdad, con otras profesiones, en la atención de las personas, familias y comunidades en el proceso de salud-enfermedad” (64).

No obstante, resulta necesario que las enfermeras y enfermeros incorporen modificaciones sustanciales en su actuar. Tradicionalmente la Enfermería ha sido asociada con la función maternalista de la enfermera, “la Enfermería ha sido considerada una *profesión femenina*, y esto no solo significa que sea estudiada mayoritariamente por mujeres, sino que estas profesiones forman a la mujer para trabajar en ella, pero también para ayudarle en otras funciones” (65, 66) dadas en la división sexual del trabajo, la de madre, hija y esposa, la misma ha de estar atenta a proveer de todo lo necesario a aquellos que dependen de ella. Estas funciones también han tenido un condicionamiento religioso “ligado a los valores de la iglesia católica de siglos pasados, de ahí que las características femeninas tengan tanta relación con las que se esperan de una monja: sumisión, obediencia, abnegación, bondad, suavidad y sutileza, etc” (67, 68).

Al mismo tiempo, ese reconocimiento a influido en el *abogarse el derecho a saber y decidir sobre las acciones a realizar por el enfermo* <sup>6</sup>, las que realizan a diario, sin apenas una información. Por otra parte, la incorporación de hombres al ejercicio de esta profesión ha introducido cambios en las relaciones que se establece entre los profesionales, especialmente entre el personal de enfermería y el médico, como con los propios enfermos. Ya es momento, entonces, que los profesionales de enfermería, que siempre han exaltado el respeto al sujeto que atienden, reconozcan que ese derecho abarca el reconocimiento de sujeto autónomo, capaz de tomar decisiones sobre aquello que considere sea mejor para él, desde luego, a partir del conocimiento de los beneficios y las consecuencias de la decisión que tome y de los cuidados que intenta ofrecerles.

<sup>6</sup> A pesar de constituir dicha actuación una violación de los derechos del enfermo, en ocasiones la toma de decisiones de las enfermeras han contribuido a salvaguardar la vida de hombres y mujeres. Tales los casos de las matronas o parteras quienes seguían el embarazo de la mujer hasta el momento del alumbramiento, quienes además ofrecían los cuidados al recién nacido y aconsejaban a las madres sobre el cuidado y manejo de sus hijos. Gracias a estas cuidadoras y sus conocimientos empíricos surgen más adelante las enfermeras obstétricas con una formación institucionalizada que se correspondía con el nivel básico, pero que les otorgaba licencia para ejercer su oficio.

Se describen en la literatura especializada “cuatro modelos o estilos de relación que establecen los profesionales de enfermería con los enfermos” (69), ellos son:

- ❖ **El modelo técnico** (69): aborda todo lo relacionado con los aspectos biológicos de la enfermedad y no tiene en cuenta los elementos psicosociales que influyen en ella. Desde el punto de vista comunicativo, no tiene en cuenta la opinión, ni acepta las críticas del enfermo, no hay calidez a la hora de darle orientaciones o recomendaciones, lo cual provoca en el enfermo la sensación de maltrato, y tributa a que este no confía en el profesional de enfermería y no siga sus recomendaciones.
  
- ❖ **El modelo maternalista o maternalista** (69): aborda los problemas de salud desde lo biológico, psicológico y social, pero apoyados en los valores personales del profesional. Aplica el principio de “todo por el paciente pero sin él”. Donde el personal de enfermería o el médico son las personas más abnegadas y sacrificadas, dan todo por el enfermo pero jamás cuentan con él, todo lo decide ella o él (el médico o el personal de enfermería), no tienen en cuenta los sentimientos del enfermo, imponen sus criterios, le impiden tomar decisiones y responsabilizarse con su salud y sus cuidados. No todos los enfermos admiten esta situación de dependencia, lo que constituye un elemento preocupante para los profesionales que practican este estilo, sin percatarse de que constituye una violación flagrante de los derechos del sujeto.
  
- ❖ **El modelo complaciente** (69): el profesional de enfermería pierde la noción del basamento de la relación con el sujeto enfermo, no hay distancia profesional. El profesional complace al enfermo en casi todo renunciando a sus responsabilidades profesionales, no pone límites en la relación, quiere evitar conflictos y cede a lo que le piden tanto el enfermo como la familia. Se pierde la noción del rol que debe asumir. Es importante señalar que cuando el enfermo hace reclamos y exige una actuación profesional de parte de la enfermera o enfermero, este último invoca las buenas relaciones que tienen.
  
- ❖ **El modelo cooperativo** (69): se recomienda desarrollarlo en todos los profesionales y se apoya en el modelo biopsicosocial, enfatiza en las emociones del enfermo, el

profesional no impone sus valores personales, opiniones o criterios, convenia con el enfermo sus cuidados, respeta la independencia del enfermo, le solicita su participación, lo orienta y nunca renuncia a su profesionalidad ni a su rol. Establece límites en su relación y reconoce su valor.

Diversos autores han llegado a la conclusión de que todavía en muchos momentos “el estilo básico de enfermería es el centrado en la tarea (en la actividad técnica que se está realizando y pocas veces en el enfermo), señalan la escasez de tiempo dedicado al paciente” cuando afirman que “las enfermeras invierten menos de 16% de su tiempo de trabajo en el contacto exclusivo “uno a uno” con los pacientes, e incluso, paradójicamente, las enfermeras de salud mental emplean sólo 13% de su tiempo para hablar con el paciente” (69).

Por otra parte, apuntan que “durante el tiempo que tienen para interactuar con el enfermo”, se tiende a “negar los sentimientos y las emociones”, desarrollando una serie de estrategias para controlar y despersonalizar la relación”. Entre las estrategias más utilizadas se destacan el hablar más que el paciente, no abordar temas psicológicos o sociales en las conversaciones, haciéndolo solo en 2% de los casos, emplear preguntas cerradas que sólo admiten como respuesta “sí” o “no”, o cuestiones dirigidas donde se presupone la respuesta que se pretende y así se impide al enfermo ampliar el tema de conversación y que pueda incluir aspectos amenazadores” (69).

Por último, si pese a las barreras el paciente consiguiera introducir sus problemas o preocupaciones los profesionales pueden responder con afirmaciones inadecuadas, o respuestas simples con poco contenido emocional (no pasa nada, esté tranquilo, no se ponga así, entre otras.)”(69). Esta situación pudiera estar relacionada, plantean otros, no en la escasez de tiempo o la propia actividad, sino en la forma en que estructura el personal de enfermería su tiempo de interacción. Se ha considerado que las enfermeras y enfermeros “no saben cómo hablar con los pacientes o cómo escucharles”(69). Así los profesionales de enfermería estructuran rígidamente su relación con el enfermo “para poder controlarla” y “evitar pérdidas de tiempo” (69).

Los modelos típicos que se dan en el contexto hospitalario son maternalista. En el cual resulta significativo “el incremento de aspectos técnicos de la relación en términos de modelo técnico de servicio en el que una persona (paciente) solicita los servicios de un profesional de la salud para la reparación de una parte que no funciona” (70, 71)

Centrarse en la tarea hace en ocasiones que no se tenga en cuenta la realidad emocional del enfermo intentando evitar los elevados niveles de estrés que ésta produce en los profesionales de la salud.

En la actualidad el personal de enfermería representa entre “el 50 y el 60 % del recurso humano de salud en el mundo y entre los países de la Región de las Américas, se observa un rango muy amplio de enfermeras por 10 000 habitantes, desde 1,07 en Haití; hasta 97,2 en los Estados Unidos; 13 en Canadá. De todos ellos, Estados Unidos y algunos países del Caribe, como Cuba y Guyana Francesa, tienen una situación más favorable, dado que cuentan con un mayor número de enfermeras profesionales por 10 000 habitantes” (72); esto quizás se deba a transformaciones en la práctica de enfermería de una formación generalista polivalente, en la década de los años 50, a otra especializada en los años 70. Proceso de profesionalización que se ha caracterizado entre otras tendencias por cambios en la educación, de una modalidad técnica hospitalaria a la modalidad universitaria (Guatemala, México, Perú, Venezuela, Cuba, Brasil, Bolivia y Chile)” (73, 74). Esta formación universitaria eleva el nivel científico de la profesión, pero no resuelve el problema del enfoque de la formación del profesional. La autora considera que los cambios mencionados tienen que llevar implícito un cambio en los modelos de prestación de servicios de salud. Por ello, se considera que aún hay mucho que hacer al respecto.

En estudios desarrollados por la OPS, en 1987, sobre la práctica de enfermería en seis países de la región, se identificó como resultados de ese estudio varias áreas críticas: la dinámica del cambio de funciones de enfermería para la atención de salud; la división del trabajo dentro del equipo de salud y de enfermería; la función de la enfermera frente a otras situaciones ocupacionales en el sector salud; la falta de participación en los niveles de decisión; la inequitativa distribución del personal en áreas geopolíticas e institucionales y en el deterioro de las condiciones de trabajo. Esta situación que fue ratificada en los resultados parciales de un estudio multicéntrico sobre la reforma de salud y sus implicaciones para la práctica, la regulación y la educación de enfermería (75) realizados en 1999 en cinco países de la región: Argentina, Brasil, Colombia, México y Estados Unidos, donde se muestran algunas de las más importantes implicaciones que la reforma de salud ha tenido para la enfermería.

Es necesario señalar que independientemente de los aspectos abordados anteriormente, influye también en estas relaciones la imagen que de sí mismo tiene el profesional de enfermería, o sea, su autopercepción, las concepciones acerca de sus funciones, roles, de sus

capacidades y potencialidades, de las relaciones con sus superiores, con los sujetos enfermos y el resto del personal que labora en el ámbito hospitalario o de salud; y no menos importante, la imagen que sobre ellos tienen las personas con las que interactúa, la familia y la comunidad.

Al respecto, es necesario señalar que los profesionales de la medicina se han desempeñado desde siglos atrás de manera preponderante, y desde luego, este comportamiento tiene un basamento histórico-social concreto con un elevado reconocimiento social y que de cierta manera ha influido en la función e imagen social de la enfermería.

Se plantea por algunos autores que “la participación de la enfermera en el equipo de salud es limitada. El médico sigue siendo el único manipulador de la información. Es él quien comunica, según su criterio, el diagnóstico, pronóstico y tratamientos al paciente; toma la mayoría de las decisiones acerca del manejo de la enfermedad, que influyen directamente en la calidad y cantidad de vida del enfermo. Esta actitud médica limita a la enfermera informar o aconsejar al enfermo y familiares respecto al desarrollo de su patología” (76, 77).

Prevalece en la enfermera o enfermero esa posición profesional insinuada por el cuerpo médico, de cumplir a cabalidad sus órdenes y formulaciones. Esta situación afecta no solo el actuar del profesional de enfermería, sino también la imagen que de ellos se forman otras personas.

Amaro (2004) expresa criterios coincidentes con la OMS, llama la atención acerca de la Enfermería, la misma dice la autora, es una profesión que sustenta su actuar en un sistema de conocimientos reconocido como ciencia ya constituida, la ciencia del cuidado. Y afirma más adelante coincidiendo con pronunciamientos de la OMS que “ninguna otra profesión la respetará suficientemente si los propios profesionales de esta rama del saber no comienzan por respetarla ellos mismos” (78, 79). Esto quiere decir –señala la misma autora– que si las enfermeras no le aportan toda la científicidad a su actuar profesional, no podrán nunca exigir que se le respete como ciencia constituida.

El respeto entre colegas y otros profesionales no significa en modo alguno, continúa diciendo Amaro, el hacerse cómplice de lo mal hecho. De lo que se trata es de analizar los problemas científicos y profesionales en el lugar y el momento adecuado, lo que quiere decir entre los propios profesionales y en el momento en que ocurren los hechos. Al respecto concluye diciendo que “el cambio de actitudes, mucho más que los cambios de actuaciones, requieren de un trabajo sistemático para formar y reforzar valores que permitan la generación de compromisos encaminados hasta objetivos bien definidos. Esto sólo podrá lograrse si la captación, la divulgación de las teorías

y experiencias más serias y útiles, y el propio ejemplo personal de los docentes y máximos gerentes de la actividad están centrados en una estrategia en la cual el hombre es, en esencia, el fin y no simplemente el medio” (78).

Otro aspecto que influye en las relaciones que se establecen entre los miembros del equipo de salud es la concepción que se tiene acerca de la función del personal de enfermería, las que han sido objeto de diversas transformaciones, porque ésta como otras profesiones, se basa “en un concepto social y como toda actividad social se desarrolla en un contexto histórico en permanente cambio y conflicto, es así que su desarrollo ha transitado por una práctica de cuidados basada en conocimientos empíricos, cuyos valores fueron determinados por ciertas ideologías dogmáticas, influidas por la moral tradicional y modelos basados en la abnegación y en el sacrificio”(78).

El Consejo Internacional de Enfermeras, en 1975, hace una declaración oficial que hoy mantiene su vigencia: “Autoridad de Enfermería” donde plantea: “La enfermería es una profesión independiente, aunque contribuye con otras profesiones afines a proporcionar los cuidados de salud que la población necesita. Las enfermeras son responsables de los servicios de enfermería que proporcionan a toda persona enferma o sana” (79, 80).

Estudios realizados por diferentes agencias y en distintos países sobre costo/efectividad de los servicios de enfermería, muestran que “los cuidados de enfermería son similares en calidad a los que se proveen por otros profesionales de la salud, incluyendo los médicos. También hay evidencias en muchos países que reflejan que los profesionales de enfermería en la salud pública han mostrado un alto grado de experiencia en los aspectos de prevención de las enfermedades y de promoción de la salud; las enfermeras ofrecen servicios en una amplia variedad de formas, diagnostican problemas de salud, proveen enseñanza a los pacientes y familias, realizan consejería, hacen seguimiento de los cuidados, colaboran con otros profesionales, remiten pacientes, administran y controlan tratamientos, manejan casos (case management), etc.” (81) La enfermería tiene un papel importante en el logro de una gran variedad de resultados positivos, tales como: “el incremento del conocimiento en salud, la disminución de quejas, el mantenimiento de la salud, la accesibilidad a los servicios, la disminución de los días de estancia hospitalaria y en la satisfacción de pacientes y empleados” (82, 83).

Al respecto se hace referencia en la bibliografía consultada a varios “modelos de prestación de servicios” (84, 85) los que guardan una relación estrecha con los modelos de comunicación que hemos analizado. Entre ellos se destacan: el modelo centrado en la tarea,

cuyo objetivo fundamental es la asignación de funciones a los enfermeros que forman el equipo de enfermería, según su nivel de preparación, de manera que cada uno realiza acciones o procedimientos diferentes al enfermo en correspondencia con el nivel de preparación alcanzado. Ven al enfermo por partes y no en su totalidad, de ahí que los enfermeros y enfermeras que lo atienden no se puede formar un criterio completo del estado de salud real de la persona que atienden y así el enfermo tendrá que interactuar con varios profesionales en diferentes momentos del día, lo que genera insatisfacción y malestar.

El personal de enfermería, por su parte, adquiere mayor habilidad y eficacia en las tareas que se le asignan, pero no desarrolla otras habilidades y conocimientos; la continuidad de los cuidados es imposible y disminuye la satisfacción del profesional en el trabajo que realiza poniendo en peligro la comunicación y la toma de decisiones, pues las relaciones que se establecen son impersonales.

Por otra parte, el modelo enfocado en el enfermo se destaca como un modelo ideal. Surge como consecuencia del reconocimiento de que “un centro de intervención sanitaria está excesivamente compartimentado y obliga al cliente a interactuar con demasiadas personas, la atención enfocada al paciente es una reestructuración radical de la prestación de intervención” (85). En este modelo el enfermo se convierte en el centro de atención, y son las unidades de hospitalización las que se organizan para este fin. Este modelo guarda una estrecha relación con el modelo interactivo comunicativo. Entre las ventajas se destacan un elevado nivel de satisfacción del enfermo con la atención, por ser más individualizada y personalizada, a consecuencia de la reducción del número de interacciones con el equipo y la disminución de la espera en la realización de pruebas diagnósticas o terapéuticas. El modelo favorece la creación de un equipo eficaz con mejoras en la comunicación entre ellos, disminuyen los juicios clínicos inexactos, se reduce la estancia del enfermo en la institución, aumenta la continuidad de la atención, y mejora la eficacia.

Los resultados del modelo ideal<sup>7</sup> de prestación de servicios abordado anteriormente pueden ser explicados a partir de trabajos realizados por algunos sociólogos que han estudiado las estructuras y funcionamientos de grandes, medianas y pequeñas organizaciones identificando los elementos necesarios y las características de la organización ideal.



<sup>7</sup> **Servicio ideal.** Entendido como la “devoción a los intereses del cliente más que a los beneficios personales o comerciales que deben guiar la decisión cuando estos se encuentren en conflicto”. Toda la concepción del servicio ideal entronca directamente con la ética profesional. La consecución de ser servicio ideal implica de por sí una postura éticamente (moralmente) correcta ante el trabajo, los clientes, etc.

Se señala que en un análisis comparativo realizado en otras ocupaciones “se detectó una relación significativa positiva entre los niveles de profesionalización, centralización y el tamaño de las estructuras administrativas, así mismo se señala que el desarrollo de los procesos de burocratización del profesional está relacionado con los cambios en el tamaño, en la complejidad de la organización y en la capacidad de innovación y creación de nuevos conocimientos” (86).

Estudios realizados sobre los roles en enfermería permitieron comprobar “la profundización de las contradicciones entre los niveles de profesionalidad y el proceso de burocratización del profesional” (87).

Litwak no definió las organizaciones profesionales pero si dio ejemplos de cómo se comportaban en grandes hospitales, escuelas formadoras y organizaciones de investigación. Identificó la burocracia profesional como “el tercer modelo de burocracia organizacional que surge a partir de la combinación de las diferentes eficiencias del modelo burocrático de sucesos o eventos recurrentes que parte del conocimiento tradicional y el modelo de las relaciones humanas (profesional) de situaciones de incertidumbres, eventos no periódicos que implican nuevos conocimientos” (88).

Presume que una organización profesional ideal es una organización en la cual uno o más grupos profesionales representan la política de la organización, la mayor parte del personal de la organización son profesionales, el profesional soluciona los problemas que son de su competencia y respeta el campo de otros profesionales, y despliega acciones que demuestran su autonomía y altruismo utilizando el cuerpo de conocimiento de la profesión para la solución de los problemas profesionales.

En ese sentido, se encuentran puntos de coincidencia en criterios emitidos sobre la “jerarquización en el personal (Títulos o cargos de supervisora, jefe, etc.) que tiende a reemplazar su condición de profesional de enfermería, lo cual refuerza los valores heredados de la influencia religiosa y, especialmente, el concepto de disciplina, que implica cumplir órdenes y que también se hace evidente en la costumbre de establecer normas, protocolos y una serie de regulaciones rígidas que unifican y rutinizan el trabajo de las enfermeras y enfermeros” (89). En ese sentido, la rutina laboral afecta la calidad de los servicios de salud

que se prestan, el nivel de satisfacción de los usuarios y de los brindadores de cuidados, al tiempo que afecta la imagen del profesional.

Por último, se hace referencia a otro elemento no menos importante y sí determinante, el aspecto curricular, relacionado con la formación de recursos humanos. A partir de la consulta a expertos se ha evidenciado la ausencia de un enfoque comunicativo y la contextualización de elementos de la comunicación al quehacer cotidiano de este profesional, que sin lugar a dudas ha influido en las relaciones entre los profesionales de enfermería-los sujetos sanos o enfermos, la familia, la comunidad y los miembros del equipo de salud, toda vez que repercute en la calidad de la atención que se brinda, en la imagen de la profesión y de las personas que la ejercen, así como en la satisfacción de la población.

Para finalizar, se exponen algunas ideas esenciales sobre lo abordado:

- Las competencias comunicativas necesitan de la socialización para su desarrollo y en este proceso intervienen múltiples factores: curriculares, familiares, sociales y personales del sujeto. Requieren ser potenciados en espacios participativos y dialógicos.
- La comunicación es un proceso de construcción y reconstrucción de significados, en el cual los participantes se encuentran en igualdad de posibilidades para relacionarse y expresarse. Es un proceso horizontal, bidireccional, participativo e interactivo, de construcción de significados en el cual participan diversos actores sociales.
- Sin embargo, como se pudo apreciar en el contexto de la profesión Enfermería, a pesar de los cambios introducidos en los procesos de formación de recursos humanos en casi todo el mundo a partir de los años 50 del siglo pasado, predomina una tendencia al establecimiento de relaciones entre los profesionales de la salud: médico-personal de enfermería, enfermero-sujeto sano o enfermo, familia y comunidad unidireccionales y transmisivas.
- En la calidad de dichas relaciones comunicativas pueden estar influyendo otros elementos como la estructura y ambiente organizacional, las condiciones de trabajo, el modelo de prestación de cuidados que impere en la institución, la delimitación de las funciones del profesional que está muy relacionado con el nivel de preparación alcanzado por el brindador de cuidados y el grado de legitimación de la profesión,

la autopercepción del profesional de enfermería y la imagen o concepto que tienen los demás sobre este profesional de la salud.

## **CAPÍTULO II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente capítulo se exponen los aspectos metodológicos. La investigación se corresponde con un estudio explicativo- descriptivo, no experimental y de corte transversal, que se inició con una exploración en el tema objeto de investigación en distintas áreas del saber, teniendo en cuenta que el tema no ha sido estudiado en el contexto de la enfermería. En su desarrollo se sigue el curso de un estudio hipotético deductivo; quiere esto decir que adopta la metodología general de una investigación cuantitativa. No obstante, ha sido posible combinar técnicas de la investigación cuantitativa y cualitativa con el propósito de dar respuestas a la problemática planteada.

#### 2.1 Problema de investigación

El curso de toda la investigación giró en torno a la búsqueda de respuestas a la siguiente **interrogante científica:**

*¿Cuál es el estado actual del desarrollo de las competencias comunicativas de los profesionales de la enfermería?*

#### Otras preguntas

1. *¿Cuales son algunos de los aspectos que explican el estado del desarrollo de las competencias encontrado?*
2. *¿Qué importancia le atribuyen los enfermos y las personas sanas a los aspectos de la comunicación en sus relaciones con el profesional de la enfermería?*
3. *¿Cómo aparecen reflejados los contenidos formativos sobre comunicación en el currículo actual de pregrado de enfermería?*
4. *¿Qué métodos resultan más factibles para el estudio y diagnóstico del desarrollo de las competencias comunicativas del profesional de la enfermería?*

#### 2.2 Objetivos

## *General*

- **Fundamentar una estrategia para el desarrollo de las competencias comunicativas en los profesionales de enfermería que permita una relación más eficaz enfermera /enfermero-sujeto sano o enfermo.**

## *Específicos*

1. Valorar y enriquecer los criterios teóricos que sirven de sustento al estudio de las competencias comunicativas del profesional de la enfermería.
2. Fundamentar la estrategia propuesta a partir de los criterios de expertos e informantes claves.

## **2.3 Hipótesis y variables**

- ❖ La **hipótesis** que subyace en el problema de la investigación y que da sentido al estudio **es que existe un insuficiente desarrollo de la competencia comunicativa del profesional de la enfermería, que repercute negativamente en su desempeño profesional general.**
- ❖ La **segunda hipótesis** que estuvo en la base de la investigación consiste en que **no existe una formación adecuada del profesional de la enfermería en los temas relacionados con la comunicación.**

La variable principal del estudio es evidentemente la competencia comunicativa del profesional de enfermería.

### **2.3.1 Definiciones operacionales**

#### **2.3.1.1 Categoría general.**

#### *Competencias comunicativas*

Es el grado de integración subjetiva que realiza la enfermera o el enfermero de los conocimientos, principios, habilidades y actitudes desde sus dimensiones: afectivo-cognitivo, comunicativo y sociocultural. Se expresa en las subcategorías y variables siguientes:

- **Nivel de conocimientos sobre comunicación** evaluados como: *alto, medio, bajo*.
- **Grado de expresión de las diferentes habilidades comunicativas** en el comportamiento del enfermero en su acción diaria.
- **Actitud empática** como resultado de la integración de los conocimientos sobre comunicación en general que sirven de base a los principios y las habilidades con la interiorización de los principios y las habilidades. Su medición se centra en una escala de: *buena, regular y mala*.

### 2.3.1.2 Subcategorías o variables

#### *Nivel de conocimientos*

Los conocimientos contemplados en las competencias comunicativas fueron identificados por la autora a partir de la bibliografía consultada, además de entrevistas realizadas a expertos e informantes claves de la carrera.

COMUNICACIÓN. Los conocimientos incluyen: Definición. Distintas definiciones sobre la comunicación humana. Componentes: informativo, perceptivo y regulador. Las funciones de la comunicación. La comunicación verbal y no verbal. Los niveles de la comunicación humana (interpersonal, grupal, institucional, masivo). Barreras de la comunicación. Importancia de la relación empática con el enfermo y sus implicaciones en el orden personal y profesional. Estilos y modelos de comunicación profesional.

El nivel de los conocimientos se determinó en una escala que contempló los niveles *alto, medio y bajo*.

**Alto:** más de 60 puntos.

**Medio:** entre 45 y 59 puntos.

**Bajo:** menos de 45 puntos.

### *Grado de expresión de las habilidades comunicativas*

Son aquellas capacidades o propiedades psicológicas de la persona que le permiten establecer una comunicación competente con los enfermos o sus familiares y realizar con éxito no solo las funciones básicas de la comunicación sino también sus funciones profesionales. Estas habilidades son:

- ❖ *Habilidades para la expresión oral:* posibilidad para expresar, transmitir y recibir mensajes de naturaleza verbal y extraverbal. Los indicadores son:
  - Claridad en el mensaje: mensaje asequible al otro según su nivel de comprensión, coherencia, logicidad.
  - Argumentación: presenta ideas de forma diferente, redundancia relativa.
  - Fluidez verbal: no hace interrupciones o repeticiones.
  - Originalidad: expresiones no estereotipadas, amplitud del vocabulario.
  - Ejemplificación: contenidos vinculados con la experiencia del otro.
  - Síntesis: expresión de ideas esenciales, resumir en breves palabras.
  - Elaboración de preguntas: pueden ser de diferentes tipos, según el propósito de intercambio, para evaluar comprensión, juicios personales, para cambiar el curso del diálogo.
  - Contacto visual: mantiene la mirada en el interlocutor.
  - Expresión de sentimientos coherentes: correspondencia entre los recursos verbales y no verbales.
  - Uso de recursos gestuales: como apoyo al discurso verbal o en su sustitución.
  
- ❖ *Habilidades para la observación:* posibilidad de orientarse en la situación de la comunicación a través de cualquier indicador conductual del interlocutor, actuando como receptor. Los indicadores son:
  - Escucha atenta: percepción lo más exacta posible de lo que se dice o hace el otro durante la situación de comunicación y asumirlo como mensaje.



- Percepción del estado emocional del otro: ser capaz de captar su disposición o no para la comunicación, actitudes favorables, estados emocionales, índice de cansancio, aburrimiento, interés a partir de signos no verbales.
- ❖ *Habilidad para la escucha empática:* la posibilidad de ayudar al sujeto sano o enfermo a decir o expresar lo que siente y piensa acerca de su problema de salud y poder detectar lo que el enfermo no ha dicho. Los indicadores son:
- Mantiene el contacto ocular.
  - Adopta una postura corporal adecuada.
  - Mantiene una expresión facial empática.
  - Emplea facilitadores para estimular la conversación.
  - No interrumpe, a menos que sea para concretar aspectos importantes.
  - Sintetiza los puntos o ideas claves.
  - Sabe guardar silencio.
  - No juzga ni emitir juicios de valor.
  - Escucha el tono emocional del que habla.
  - No cambia el tema de conversación.
- ❖ *Habilidades para usar diferentes estilos:*
- Conversación breve y de taller: el sujeto conversa sobre el estado del tiempo, deportes, sucesos cotidianos, el trabajo, etc., intenta conocer a la otra persona, hace valoración sobre su estado físico, mental y emocional, recoge y clasifica información.
  - Conversación de control: el sujeto logra acuerdo o compromiso, y para ello tiene en cuenta participación de la gente.
  - Conversación de pelea: el sujeto intenta forzar el cambio logrando que los demás estén de acuerdo y cumplan con su solución. El lenguaje es directo, agresivo y con frecuencia punitivo. La gente se escucha mutuamente solamente para apoyar sus propios puntos de vista.
  - Conversación de resentimiento: el sujeto tiene miradas profundas, ojos entornados hacia abajo, posición desgarbada, indiferente, cínica, ofrece

respuestas no comprometedoras, cambia de tema, se esfuerza por hacer que la otra persona se sienta culpable.

- La conversación de búsqueda: el sujeto evalúa las posibles alternativas de solución de los problemas y solicita consejos de otros, no cuestiona ni enjuicia, se muestra inquisitivo.
- La conversación directa: el sujeto se dirige hacia el núcleo del problema, lo maneja con tensión y diferencias sin culpar, demandar, defenderse o defraudar. Su propósito es construir, no destruir. El sujeto se muestra respetuoso, serio, atento y comprometido.

### *Actitud empática*

Se plantea que un profesional es empático cuando muestra elevada productividad y expresividad verbal, así como una buena capacidad para atender y permanecer centrado en la problemática de su paciente. Esta actitud se acompaña de recursos verbales y extraverbales que hace que el sujeto se sienta comprendido. Sus indicadores comportamentales son:

- Saluda al enfermo.
- Llama al enfermo por su nombre.
- Se identifica ante el enfermo y sus familiares.
- Escucha lo que los enfermos y sus familiares dicen aunque no comparta el mismo criterio.
- Se pone en el lugar de los enfermos o sus familiares.
- Atiende y permanece centrado en la problemática del enfermo.
- Se muestra preocupado por los problemas psicológicos y sociales de los enfermos.
- No cuestiona ni juzga la actitud del enfermo.
- Respeto las decisiones del enfermo.
- Controla sus emociones ante el enfermo y sus familiares.
- Se preocupa por lo que siente y piensa el enfermo o sus familiares.
- Respeto los momentos de silencio.
- Se percata del estado de ánimo del enfermo.

- Evita que sus prejuicios personales influyan en su relación.
- Crea un clima agradable para la comunicación con el enfermo o sus familiares.
- Emplea ejemplos de la vida cotidiana para hacerse comprender.
- Adecua sus mensajes a las características de su interlocutor.
- Emplea un vocabulario correcto.
- Emplea un tono y volumen de voz adecuado.
- Mira atentamente al rostro del enfermo durante el diálogo.

Cuantitativamente la actitud empática se define en los grados o niveles siguientes: *buena*, *regular* y *mala*.

**Buena:** más de 90.

**Regular:** 60-89.

**Mala:** menos de 60.

### 2.3.2 Desarrollo de las competencias comunicativas

#### *Alto*

- Actitud muy favorable para la relación con el otro, obteniendo una puntuación de 90-115.
- Muestra elevados conocimientos sobre comunicación, obteniendo más de 60 puntos en el cuestionario de conocimiento.
- Se muestra empático en su relación con la persona sana o enferma.

#### *Medio*

- Actitud favorable para la relación con el otro, obteniendo una puntuación entre 60-89 en la escala de actitudes.
- Posee conocimientos sobre comunicación, obteniendo entre 45 y 59 puntos en el cuestionario de conocimientos.
- Dificultad para comportarse de manera empática.

### ***Bajo***

- Actitud desfavorable para la relación con el otro, obteniendo una puntuación inferior a 60 puntos.
- Posee pocos conocimientos sobre comunicación humana, obteniendo una puntuación inferior a los 45 puntos.
- No se muestra empático en su relación con la persona sana o enferma.

Por otra parte, en respuesta a una de las preguntas de investigación se analiza cómo aparecen reflejados los contenidos formativos de comunicación en el diseño curricular de la carrera, para ello es necesario realizar el análisis de contenido de los programas de estudio de la asignatura rectora y conocer cómo los contenidos que allí aparecen contribuyen al desarrollo de las competencias comunicativas del profesional, lo que también permitirá verificar o no la segunda hipótesis de la investigación. Se identificó el diseño curricular como otra variable a abordar en nuestro estudio.

Se entiende por **currículo** el conjunto estrechamente interrelacionado de principios, conceptos y propósitos, que parten de las exigencias del encargo social, y que se concretan en un plan y programa de estudio; que se organiza y desarrolla sobre la base de una estrategia docente, que abarca el pregrado y el postgrado como un continuum, cuyos resultados se analizan mediante un sistema de evaluación de la competencia y el desempeño profesional, que lo retroalimenta permanentemente. Comprende el perfil del egresado, los objetivos generales educativos e instructivos, el plan de estudios, los programas de estudios y el sistema de evaluación.

## **2.4 Métodos**

Se parte del enfoque materialista dialéctico como método general de la ciencia e integrador para el análisis objetivo del objeto de estudio de sus relaciones internas y externas, lo que se contempla en la estrategia general propuesta y su implementación curricular, a fin de contribuir al desarrollo de la personalidad de los educandos al incorporar durante su

formación, nuevos principios y valores que permitan el establecimiento de adecuadas relaciones humanas, a partir de la unidad de lo afectivo y lo cognitivo y de la teoría con la práctica para el desarrollo humano, que se ha concretizado en el enfoque histórico-cultural de Vigotsky. Para dar cumplimiento a las tareas se emplean métodos tanto del nivel teórico como empírico.

Entre los **métodos teóricos** empleados se encuentran:

- ❖ *Histórico-lógico*: permitió estudiar y reproducir en el plano teórico la trayectoria de la competencia comunicativa desde diferentes áreas de la ciencia hasta los enfoques más actuales.
- ❖ *Análisis bibliográfico*: utilizado para el estudio del tema objeto de investigación mediante la búsqueda bibliográfica para la fundamentación teórica del objeto de estudio y valorar las tendencias desde diferentes disciplinas.
- ❖ *Sistémico-estructural*: permite estudiar la realidad como una totalidad integrada formada por componentes, estructuras y relaciones funcionales. Facilita el análisis de las relaciones que existen entre los elementos de la competencia comunicativa y el de ésta con los elementos de la competencia profesional, que permiten analizar la relación dialéctica entre ambas. Se expresa, además, en el análisis de los componentes del proceso docente educativo: los objetivos, los métodos, los medios, el contenido, las relaciones profesor- alumno, el ambiente educativo, entre otros aspectos.

Entre los **métodos empíricos** se aplicaron:

- ❖ *Cuestionario de conocimientos*: se utilizó para los profesionales de enfermería, y tuvo como finalidad identificar los conocimientos que sobre el proceso de comunicación humana poseen los profesionales de enfermería. Se indaga sobre la definición de comunicación, sus funciones, elementos del proceso, los tipos de

comunicación, factores que favorecen y afectan la comunicación, así como, la buena escucha, se averigua sobre el significado del término empatía y se les solicita que describan a un sujeto empático y buen comunicador, también se exploran los estilos de comunicación. El instrumento se caracteriza por presentar preguntas abiertas, para las cuales se elaboró una clave de calificación, cuyas respuestas fueron codificadas, lo cual posibilitó el procesamiento de la información (ver anexo 1).

❖ *Escala de actitud empática*: su finalidad es conocer si los sujetos estudiados adoptan actitudes positivas o no hacia la relación comunicativa con el otro. Es un instrumento que se caracteriza por la presentación de afirmaciones sobre comportamientos habituales en enfermeras y enfermeros a los que ellos deberán responder, marcando con una cruz, cuán de acuerdo o en desacuerdo están con dichos planteamientos, transitando por cinco niveles de respuesta, las que también son codificadas para el procesamiento de la información (ver anexo 2).

- Guía de observación no participante: es el complemento de los instrumentos anteriores y tiene como finalidad realizar consideraciones sobre el uso de los recursos verbales y no verbales del profesional de enfermería en su interacción comunicativa con los sujetos enfermos y familiares en diferentes áreas de salud. De esta se infiere el nivel de desempeño de sus habilidades comunicativas y se registran las diferentes variables observadas por el investigador: lenguaje no verbal (aparición física), modales, manera de relacionarse, manera de escuchar, la manera de hablar, ambiente o escenografía, los aspectos verbales y no verbales de la expresión oral, los contenidos de la comunicación, las actitudes hacia el profesional y el tiempo de duración del intercambio. Todo ello ofrece elementos que explican el estado actual de desarrollo de las competencias comunicativas en estos profesionales de la salud, así como verificar o no la primera hipótesis de la investigación (ver anexo 3).

❖ *Cuestionario de satisfacción de la población*: instrumento que permite valorar cuán satisfecho o insatisfecho se siente la población sana o enferma respecto a la atención que le brinda los profesionales de enfermería observados. Es un cuestionario

semiestructurado, donde la población encuestada marcará la opción que más se corresponda con su sentir y en otras interrogantes se le da la oportunidad de expresarse libremente, respuestas que fueron codificadas para su mejor procesamiento. El instrumento responde a otra de las preguntas de la investigación en relación con la importancia que le otorgan los sujetos enfermos a algunos aspectos de la comunicación con los profesionales de enfermería (ver anexo 4).

- ❖ *Criterio de expertos e informantes claves:* se consideró los criterios de profesionales de enfermería y de otras ciencias (Master en Comunicación Educativa, Educación Superior, profesores consultantes y Principales de la asignatura rectora), que consintieron en que se recogieran sus valoraciones al respecto. Esto permitió a los expertos e informantes, en un primer momento de la investigación, ofrecer criterios sobre la medida en que los programas de estudio de la asignatura rectora y los elementos componentes del proceso de enseñanza aprendizaje tributan al desarrollo de las competencias objeto de estudio (los objetivos, el método, los medios, los contenidos, las relaciones profesor alumno y las formas de evaluación). Dicho instrumento da salida a la tercera pregunta de la investigación sobre cómo aparecen reflejados los contenidos formativos de comunicación en el currículo de la carrera, información que complementa los resultados obtenidos en los cuestionarios anteriormente mencionado, completando así los resultados que permiten responder a la interrogante de la investigación sobre el estado actual del desarrollo de las competencias comunicativas en los profesionales de enfermería, así como verificar o negar la primera hipótesis de la investigación, y en un segundo momento, los expertos e informantes fundamentan la estrategia que se propone al responder un cuestionario semi estructurado en profundidad acerca de los elementos de la estrategia, dando salida al objetivo general de la investigación (anexos 5 y 6).

- ❖ *Análisis cualitativo del contenido de documentos rectores:* propició la realización de valoraciones sobre en qué medida los programas de estudio, en particular los de la asignatura rectora, contribuyen al desarrollo del objeto de estudio. Para ello se

tomaron en consideración los diferentes componentes del proceso docente educativo y se analizó cómo tributan al desarrollo de las competencias comunicativas de los educandos comenzando el análisis por el perfil del egresado, los objetivos generales educativos e instructivos, los programas de la asignatura rectora en los diferentes años de la carrera teniendo en cuenta las partes del proceso.

## 2.5 Población y muestra

El universo lo constituyen todos los Licenciados en Enfermería que prestan servicios de salud a la población en la provincia de Ciudad de La Habana y no se subordinan a la Dirección de los Servicios Médicos del MININT, por lo que quedan excluidos del estudio. La población la integra un total de 3738 Licenciados en Enfermería que se encuentran actualmente prestando servicios de salud a la población en los diferentes niveles de atención de salud.

Se aplicó un muestreo probabilístico aleatorio por conglomerados monoetápicos, donde se definieron los municipios como los conglomerados, siguiendo la división territorial operativa que para la Ciudad de La Habana ha determinado la Dirección Provincial de Salud (ver anexo 7). Para la determinación del número de conglomerados necesarios que fueran representativos se utilizó las fórmulas matemáticas siguientes:

$$n^1 = \frac{S_2}{V_2}$$

$$S_2 = p(1-p)$$

$$V^2 = (0,05)^2 .$$

$$n = \frac{n}{1+n/n}$$

Municipios = estratos

N= conglomerados (67 instituciones de salud)

V<sup>2</sup>= error estándar



p= p de ocurrencia

n<sup>1</sup>= número de conglomerados que se necesitan

El cálculo realizado por medio de estas fórmulas matemáticas determinó como 4 el número de conglomerados necesarios para garantizar una representatividad y generalización de los resultados. Por el método de tómbola o sorteo y utilizando la división territorial de la Ciudad de La Habana, se procedió a la selección de las instituciones que serían estudiadas por región. Para ello se introdujo en cuatro cajas selladas tarjetas con los nombres impresos de todas las instituciones de salud que se encuentran en cada una de las cuatro regiones. Posteriormente, se le pidió a uno de los participantes que abriera una a una las cajas y que extrajera de ellas una tarjeta, hasta completar los 4 conglomerados necesarios. El procedimiento se realizó en el Hospital Ginecobstétrico Docente “Eusebio Hernández” con la presencia de observadores, y quedó definido en un primer momento el tamaño muestral como n<sub>T</sub>= 157 (ver anexo 7).

Los **conglomerados** seleccionados fueron los siguientes:

Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kourí “	n1= 39	Región Oeste
Instituto de Angiología	n2= 14	Región Centro
Hospital Materno de Guanabacoa	n3= 20	Región Este
Atención Primaria de Salud de Boyeros	n4= 84	Periferia

Una vez determinadas las instituciones de salud se comenzó la investigación, y se trabajó con los profesionales que físicamente se encontraban en ellas, información que se obtuvo en el Departamento de Recursos Humanos de cada uno de los centros en consulta con la Vicedirección de Enfermería. Resultó finalmente un total de 100 los sujetos a estudiar. Entre las razones por las que los restantes 57 no fueron contemplados en el estudio se encuentran: 9, ya no se encontraban en la plantilla de sus instituciones; 12, estaban fuera del país en misión y colaboración internacionalista; 7, de licencia de maternidad y sin sueldos; 3, en trámites de jubilación; 2, en proceso de peritaje médico; 4, de certificados médico; 6, de vacaciones; 3, en cursos de superación fuera del centro por un año o más y, 11, en prestación de servicios en el Proyecto Milagro.

La muestra tiene las siguientes características, 95% pertenece al sexo femenino y 5% al masculino, lo que confirma criterios de autores que refieren que los cuidados de salud a lo largo de la historia han sido brindados fundamentalmente por mujeres y que quizás esté relacionado con elementos culturales, dado en la división sexual del trabajo (Tabla 1).

De los profesionales estudiados, 33% están comprendidos entre los 23 y 33 años; 38, se encuentran entre los 34 y los 43 años; los enfermeros y enfermeras restantes se hallan entre los grupos de edades mayores de 44 años y un límite máximo de edad de 63 años (Tabla 2).

Estadísticamente se calculó la edad promedio de la muestra estudiada, que es de 38 años, y se observa una edad mínima de 23 y una máxima de 63 años, con una SD de más menos 9 años. Asimismo, se pudo constatar que la experiencia laboral oscila desde un año como mínimo hasta 20 años como máximo con un promedio de 9,6 años y una SD de 6, lo que evidencia un potencial científico joven.

En cuanto a la experiencia laboral, estadísticamente se encontró una experiencia mínima de un año y máxima de 38 años; la experiencia laboral promedio es 17,54 con una SD de 10 años.

De los sujetos estudiados, 50% pertenecen al primer nivel de atención de salud; mientras que el resto (50%) se distribuye entre el tercer y segundo nivel de atención de salud (Tabla 3).

La **muestra para el criterio de expertos** estuvo constituida, además, por docentes que fueron consultados como expertos e informantes claves que se relacionan a continuación:

Profesores consultantes: 5

Profesores Principales del Instituto: 8

Asesores metodológicos de la carrera de Enfermería: 4

Expertos en Pedagogía: 2

Los expertos consultados fueron los siguientes:

- Dra C. Natacha Michelena. Metodóloga, psicóloga y profesora de la Facultad “Julio Trigo”.
- Dra C. Margarita Alonso Alonso. Psicóloga y profesora de la Facultad de Comunicación. Universidad de La Habana.
- MSc. Elba Leyva Barciela. Máster en Pedagogía. Profesora de la Facultad de Comunicación Social.
- Prof. Consult. Lic. Nilda Bello Bello. Miembro de la Comisión Nacional de Carrera. Máster en Tecnología Educativa.
- Prof. Aux. Lic. Nilda Luna Marcel. Jefa del Dpto. Central de Licenciatura en Enfermería-ISCMH. Máster en Didáctica.
- Prof. Aux.- Lic. Jorgelina Apao. Metodóloga del Dpto. Central de Licenciatura en Enfermería. Máster en Didáctica.
- Prof. Consult.- Lic. María Fentón. Profesora de Enfermería Medico-Quirúrgico. Facultad “Calixto García”.
- Prof. Aux.- Lic. Josefa García. PPI Enfermería Medico-Quirúrgica y Comunitaria. Maestrante en Comunicación Educativa. Instituto Superior Pedagógico “Victoria de Girón”.
- Prof. Aux.- Lic. Olimpia Pérez. Maestrante en Comunicación Educativa. Instituto Superior Pedagógico “Victoria de Girón”.
- Prof. Asist. Lic. Rafael García. PPI Atención Integral de Enfermería. Maestrante en Comunicación Educativa. Facultad “Calixto García”.
- Prof. Consult. Lic. Anaida Varela. PPI Enfermería Médico Quirúrgico. Facultad “Calixto García”.
- Prof. Aux. Lic. Caridad Vega. PPI Atención de Enfermería y Máster en Enfermería. Facultad “Julio Trigo”.
- Prof. Aux. Lic. Yenny Elers. Profesora de Administración y Gerencia de los servicios de salud y Maestrante en Promoción de Salud. Facultad “Finlay-Albarrán”.
- Prof. Asist. Lic. Iris Jan. PP Atención integral de enfermería. Facultad “Finlay Albarrán”. Maestrante en Geriatria.

- Prof. Aux. Lic. Dayamí Ribalta. Profesora de Enfermería Médico-Quirúrgica. Maestrante en Comunicación Educativa. Facultad “Julio Trigo”.

## **2.6 Procedimientos de la investigación**

Durante el proceso de elaboración de los instrumentos se realizó un pilotaje consistente en su aplicación a 25 Licenciados en Enfermería del Oeste de la ciudad.

Los instrumentos de diagnóstico que se proponen fueron sometidos a criterios de expertos para su validación; además, se analizó su validez de contenido y su consistencia interna mediante el Alfa de Cronbach, cuyos resultados hablan a favor de los instrumentos los resultados oscilaron entre 0.5 y 0.9, valores que permiten afirmar que desde el punto de vista estadístico los instrumentos empleados tienen validez interna (Cuestionario de conocimiento Alfa =0.51, guía de Observación Alfa= 0.70, escala de Actitudes Alfa= 0.90).

Los instrumentos fueron aplicados en el orden siguiente: una vez que se realizó la observación por el propio investigador al enfermero que brinda servicios de salud al enfermo (anexo 3) se reunieron en un aula a todos los Licenciados en Enfermería estudiados y se les aplicó el cuestionario de conocimientos y la escala de actitudes respectivamente (anexos 1 y 2). El análisis de ambos cuestionarios se realizó de manera pareada. La guía de observación fue aplicada por el investigador de forma no participativa, y se observó una situación comunicativa particular dentro del área de trabajo o desempeño de la enfermera o enfermero en su función asistencial.

El cuestionario de satisfacción a la población (anexo 4) se aplicó a los enfermos que fueron atendidos por los profesionales de enfermería durante su desempeño en el momento de ser aplicada la guía de observación. Una vez que se concluía la observación por parte del observador (investigador) se le aplicaba el cuestionario al enfermo, y se realizaba un análisis pareado de estas variables.

La entrevista semi-estructurada en profundidad a informantes claves y expertos permitió fundamentar los aspectos señalados en el análisis de los programas de estudio de la asignatura rectora de la carrera y responde a cómo tributan los programas de enfermería al desarrollo de competencias comunicativas en los futuros egresados de la carrera de Licenciatura en Enfermería. Los sujetos entrevistados también fueron consultados para validar la propuesta del patrón que se realiza. Fueron reconocidos como expertos a los Licenciados en Enfermería que tienen la categoría de Profesores Consultantes de la carrera y a los Profesores Principales de la asignatura rectora del ISCM-H de la carrera de Enfermería, metodólogos y asesores de carrera. Se consideraron como informantes claves a los profesionales de enfermería que han obtenido el título de Master en Comunicación Educativa y Educación Superior, así como a Licenciados(as) en Enfermería que llevan más de veinte años formando recursos humanos de la carrera (anexos 5 y 6).

## **2.7 Técnicas de procesamiento estadístico de la información**

Se elaboró una base de datos utilizando el software profesional SPSS 10.0. Para el análisis estadístico se emplearon medidas de resumen para datos cualitativos (frecuencias absolutas y porcentajes) y medidas para datos cuantitativos (media, desviación estándar). Se calculó como medida de asociación el coeficiente de correlación de Pearson y se realizaron test de independencia ( $J_i$  cuadrado) para establecer asociaciones entre variables. Se fijó como nivel de significación  $\alpha = 0.05$ .

Concluido este capítulo metodológico es posible arribar al análisis de los resultados obtenidos durante el diagnóstico, los que se ofrecen en el Capítulo III.

**CAPÍTULO III. CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO ACTUAL DEL  
DESARROLLO DE LAS COMPETENCIAS COMUNICATIVAS DE LOS  
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.**

### **CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO ACTUAL DEL DESARROLLO DE LAS COMPETENCIAS COMUNICATIVAS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA**

En el presente capítulo se ofrecen los resultados obtenidos en la aplicación de los instrumentos validados para el diagnóstico del estado actual de desarrollo de las competencias comunicativas de los profesionales de enfermería. Se analiza la satisfacción que expresa la población con aspectos relacionados con la comunicación, al tiempo que se presentan y analizan los criterios ofrecidos por los expertos e informantes claves a la interrogante de *cómo tributan los programas de estudio de la asignatura rectora al desarrollo de las competencias comunicativas en los educandos*; al respecto, se analiza el programa vigente y en fase de liquidación en la actualidad.

#### **3.1 Estado actual de desarrollo de las competencias comunicativas de los profesionales de enfermería**

Entre los aspectos que explican el estado actual de desarrollo de las competencias comunicativas se encuentra los resultados obtenidos en **el cuestionario de conocimiento**.

En el mismo se pudo observar que sólo 2%, 2 sujetos, obtuvieron calificaciones superiores a los 70 puntos; 7%, 7 sujetos, obtuvo calificaciones entre 50 y 69 puntos y 91% de los sujetos estudiados, a pesar de declarar 47% de ellos haber recibido alguna instrucción sobre la temática, obtuvieron calificaciones inferiores a los 49 puntos. Esto indica que los profesionales de enfermería tienen pocos conocimientos sobre el proceso de comunicación humana, situación que pudiera estar relacionada con el hecho de no saber cómo aplicar los conocimientos de esta ciencia a su práctica profesional o los cursos de postgrado que se imparten no logran desarrollar las habilidades comunicativas en los educandos, entre otras razones (Tabla 4, Fig. 1).

Al analizar los resultados obtenidos por preguntas se pudo identificar que los sujetos estudiados tenían mayor conocimiento sobre los siguientes aspectos del proceso de comunicación humana:

- 66,5 % conocen que existe relación entre el contenido del mensaje y la forma en que se dice y logran fundamentar acertadamente su respuesta. Sin embargo, ninguno de los encuestados conoce los estilos de interacción interpersonal.
- 42,1% definen la comunicación como un proceso interactivo donde dos o más personas intercambian sentimientos, conocimientos, puntos de vistas que les permiten satisfacer sus necesidades.
- 32,2% conocen las funciones de la comunicación humana.
- 31,8% supo explicar la importancia de escuchar lo que otra persona nos dice y el 31,3% identificaron los factores que entorpecen la buena escucha.
- 31,3% conoce los tipos de comunicación humana.
- 27,7% conocen los factores que pueden favorecer una buena comunicación
- 24,9% conocen los elementos del proceso
- 24,4% pudo describir a un buen comunicador.
- 7,5% conoce qué es la empatía y sólo 12 % pudo describir cómo se comportaría una persona empática.

En resumen, los resultados obtenidos permiten afirmar que los profesionales de enfermería poseen pocos conocimientos sobre el proceso de comunicación humana, a pesar de que 47% declaró haber recibido cursos de postgrados sobre el tema.

Sin embargo, en la **escala de actitud empática** las variables medidas se comportaron de una manera muy interesante: 11% (11 enfermeros) de los sujetos estudiados obtuvo menos de 59 puntos; 39% (39 enfermeros) entre 60 y 89 puntos y 50% (50 enfermeros) obtuvo 90 y más puntos (Tabla 5).

Al analizar los resultados por preguntas se constató que 89% de los profesionales de enfermería estudiados tienen actitudes positivas hacia la relación con los enfermos (Fig. 2).

Al examinar la correlación que existe entre el tener conocimientos sobre comunicación humana y el adoptar determinada actitud, se puede decir que en la muestra estudiada no existe una relación estadísticamente significativa entre tener o no conocimientos sobre comunicación humana y adoptar una actitud empática. Tampoco se identificó correlación significativa entre el tener conocimiento y los años de experiencia laboral, ni entre la experiencia profesional y los resultados de la escala de actitudes (Tabla 6).



Sin embargo, reveló una correlación estadísticamente significativa negativa débil entre la edad y el nivel de conocimiento; mientras más años de edad tienen los profesionales de enfermería, menos conocimientos poseen sobre comunicación humana, situación que se corresponde con los resultados obtenidos al correlacionar la experiencia laboral y el conocimiento (Tabla 6).

Se encontró una correlación estadísticamente significativa (negativa) entre la edad y la escala de actitud; de ahí que mientras más jóvenes son las enfermeras y enfermeros estudiados, mejores actitudes muestran hacia la relación con el enfermo (Tabla 6), comportamiento que pudiera estar relacionado con los cambios que se han introducido al currículo de la carrera en los últimos diez años (modelo vigente desde el año 1987 y en liquidación en la actualidad), que incluyó la incorporación de conocimientos de las ciencias sociales y humanísticas en la formación de los profesionales de la salud para su integración en el campo de actuación profesional de los mismos; o al hecho de que al haber experimentado menos situaciones de conflicto, el deseo de ayudar, la necesidad de reconocimiento social haga que los profesionales más jóvenes muestren actitudes positivas a la relación con el enfermo y los familiares.

En resumen, los resultados obtenidos favorecen a la nueva generación de profesionales de enfermería, lo que pudiera estar relacionado con el hecho de que el currículo de la carrera vigente desde el año 1987 ha sufrido transformaciones durante su implementación. Se han incorporado nuevos conocimientos de las ciencias sociales, y aunque su presencia no tiene una representación significativa, pudieran haber incidido favorablemente en la formación de la nueva generación. Y por otro lado, al hecho de que las concepciones pedagógicas individuales de los docentes están siendo modificadas por las nuevas exigencias pedagógicas que los avances científico-tecnológico imponen a las universidades cambiando las formas de implementar el proceso de enseñanza aprendizaje, al intentar que este sea más participativo e interactivo, en aras de satisfacer las demandas de la sociedad.

Durante la **observación no participante** se constató el uso de recursos no verbales por el personal de enfermería. De los profesionales de enfermería, 51% lleva un porte personal adecuado, aunque en 49% restante el porte fue inadecuado, criterio que se respalda por la observación del uso de esmaltes en las uñas, uso de prendas, el no uso de la cofia, sayuelas y medias en el caso de las enfermeras y en el caso de los hombres, se observó el uso de pantalón y calzado no establecido (Tabla 7).

Al mismo tiempo, se considera necesario señalar que los brindadores de cuidados en un gran número no llevan identificación personal durante el cumplimiento de sus funciones asistenciales. Es un indicador del sentido de pertenencia del profesional a la institución, elemento que se considera necesario no solo para el establecimiento de una adecuada relación enfermera-enfermero -sujeto sano o enfermo, sino que permite al enfermo y sus familiares experimentar sensación de seguridad y protección. A juicio de la autora es competencia de la Administración de cada institución de salud controlar el uso del identificador, porque está relacionado, además, con el control y el acceso de personas ajenas a los servicios de salud.

En relación con los modales de los profesionales estudiados se puede afirmar que 37% tiene modales adecuados, mientras que 63% tiene modales inadecuados o dificultades para mantener una relación adecuada con el enfermo y sus familiares. Esto se aprecia en la manera inadecuada de recibir al enfermo, no invitarlo a esperar o tomar asiento cuando está ocupado, así como dificultades para mantener el contacto ocular durante la conversación (Tabla 8).

En cuanto a la manera de relacionarse se identificó que 66% de los profesionales se comportan de manera correcta con los enfermos; 34% se relaciona incorrectamente o con dificultad al no llamar al enfermo por su nombre, y llamarlo con frecuencia por el número de su cama o tutearlo sin el consentimiento del primero (Tabla 9).

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los modales y la manera de relacionarse de los profesionales de enfermería, lo que permite afirmar que un enfermero o enfermera con buenos modales se vincula adecuadamente con el enfermo y/o sus familiares (Tabla 10) (Fig. 3).

En la variable escucha se observó que 61% de los profesionales de enfermería escuchan mal o con dificultad, y sólo 39% practica la buena escucha (Tabla 11). Estos resultados son consecuentes con los obtenidos en el cuestionario de conocimientos, donde desde el punto de vista cognoscitivo no más de 32% de los profesionales estudiados conocen las funciones de la comunicación, la importancia de la escucha, los elementos que la afectan, y son capaces de describir a un buen comunicador.

Esta situación pudiera estar relacionada, independientemente de las carencias cognoscitivas analizadas, con una incorrecta percepción del rol por parte de la enfermera o el enfermero

en su comportamiento maternalista en su relación con el enfermo y los familiares, y la tendencia a decirles siempre lo que deben o no deben hacer sin conocer lo que realmente piensan o sienten las personas a quienes brindan sus cuidados, todo esto acentúa el rol pasivo tradicional del enfermo y el autoritario del profesional de enfermería.

Los estilos de comunicación más utilizados por los profesionales de enfermería en su relación con los enfermos son: los de control (37%) y búsqueda (30%), seguido del estilo taller (17%); menos representados aparecen el breve (6%), el directo y de pelea o resentimiento, que representan 5% respectivamente (Tabla 12).

Llama la atención el hecho de que los profesionales de enfermería no conocen qué es un estilo de comunicación; sin embargo, utilizan en su gran mayoría el estilo de control para interactuar comunicativamente con los enfermos, situación que pudiera estar relacionada con la carencia o inestabilidad de los profesionales de enfermería que brindan los cuidados de salud, carencias que son cubiertas la mayor parte del tiempo por el jefe de enfermeras o enfermeros de la sala, quienes ha de compartir las funciones administrativa, asistencial y docente simultáneamente, situación que propiciará la adopción, por parte del profesional de enfermería, del estilo de relación de control, que le hace sentirse más seguro al corresponderse con su rol profesional, y lo lleva a establecer relaciones impersonales o despersonalizadas con el enfermo, generando insatisfacción en el mismo.

Otra razón pudiera ser, el aumento de la proporción de enfermos por profesional, sobrecargando la labor asistencial del enfermero o la enfermera, situación que puede ser fuente de tensión y malestar entre los profesionales de enfermería. En el control, y a veces en el estilo de pelea se encuentran vías para canalizar sus tensiones y cumplimentar su función asistencial. Resultados similares fueron obtenidos en investigaciones realizadas por la Universidad de Pensilvania en Estados Unidos (90) y en resultados obtenidos en un estudio sobre burnout en enfermeros que laboran en unidades de neonatología en la Ciudad de La Habana en el año 2003 (91). La autora de dicha investigación destaca que la despersonalización de la relación puede ser abordada como un síndrome de actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio profesional; esto evidencia una reducida realización personal en el trabajo y la vivencia de encontrarse emocionalmente cansado.

También se emplea, con casi igual frecuencia al estilo anterior, el estilo de búsqueda, dirigido fundamentalmente a obtener información vital sobre el estado de salud (signos y

síntoma) del enfermo, en detrimento de otros estilos de interacción útiles que permitirían la exploración de otras áreas (psicosocial y espiritual) directamente relacionada con la salud del enfermo.

Se señala por algunos autores que los estilos de relación interpersonal dependen básicamente de las características de personalidad y de las experiencias individuales de cada persona. Los mismos son un reflejo de la opinión que se tiene de uno mismo, de su autoestima y la de los demás, criterio coherente con la idea de que cuando el cambio de estilos se hace teniendo en cuenta las características de las personas con las que se va a relacionar y la posición jerárquica con relación a él o ella.

En ese sentido se coincide con autores que piensan que “cuando la enfermera se traza expectativas de éxito baja, tiende a huir de la realización de la actividad y de la conducta y por lo tanto, en el caso de la comunicación con el enfermo o sus familiares tiende a negar las necesidades psicosociales del mismo, limitando sus interacciones con ellos” (92). Ello explica que ante enfermos con pronósticos favorables la enfermera o el enfermero realiza una intervención completa, dándole al enfermo o sus familiares toda la información y aclarando todas sus dudas e inquietudes, transmitiendo esperanzas, ya que confía en sus conocimientos y no teme a la reacción del enfermo o sus familiares. Esto no ocurre cuando la enfermera o el enfermero se enfrenta a enfermos con dolor, o en fases terminales de alguna enfermedad con pronósticos desfavorables, donde emergen aspectos psicosociales, y la enfermera o el enfermero, al no sentirse segura(o) de sus habilidades comunicativas, trata de huir o escapar de la situación. Por esta razón, se considera que la enfermera o el enfermero deben preparar sus encuentros con el enfermo o sus familiares como mismo se preparan para brindarles los cuidados, o aplicarles el tratamiento. Adquirir con antelación la información para el enfermo y sus familiares, y prever las posibles reacciones o inquietudes de ellos, hace que la probabilidad de éxito aumente y, por lo tanto, dicha conducta se consolide en el estilo de interacción del profesional.

Las relaciones comunicativas fueron establecidas por 51% de los profesionales en un ambiente adecuado, relacionado con una adecuada ventilación e iluminación y ausencia de ruidos, a pesar de que en la mayoría de las instituciones visitadas hay ausencia de locales adecuados para el establecimiento de interacciones comunicativas privadas, seguras o adecuadas (Tabla 13).

En cuanto al comportamiento verbal de la enfermera o el enfermero podemos afirmar que 95% hace corresponder el mensaje verbal con su comportamiento no verbal; mientras que 5% se expresa mal o inadecuadamente, y tiene dificultades para hacer corresponder el mensaje oral con su comportamiento no verbal (Tabla 14). En ese sentido diversos autores han señalado que la habilidad del profesional de la salud para comunicar cariño e interés a los enfermos por medio de los canales verbales y no verbales es un aditivo especial a su capacidad técnica en la prestación efectiva de la atención de salud.

Por otra parte, los temas más abordados entre los profesionales de enfermería y el sujeto sano o enfermo fueron los relacionados con la disciplina hospitalaria o dentro de los diferentes servicios de salud, la evolución del enfermo y lo relativo al tratamiento (Tabla 15, Fig. 4). Estos datos confirman lo anterior analizado en relación con que la enfermera o el enfermero evitan abordar temas psicosociales del enfermo cuando no se sienten seguros de sus habilidades comunicativas o se encuentran ante situaciones difíciles que exigen de ellos otras capacidades. Así, limitan la relación al abordaje de temas vinculados con los problemas biológicos del enfermo, y evaden aquellos referentes a la salud psicológica, social y espiritual del enfermo y sus familiares. Al respecto, es necesario señalar que la preocupación que el profesional muestre por los aspectos personales, familiares y sociales del enfermo es percibida de modo general como una manifestación afectiva de especial significación.

Las evidencias obtenidas, luego de la aplicación de los instrumentos, no hablan a favor de las competencias comunicativas de los profesionales de enfermería estudiados. Al respecto se pudo arribar a los resultados siguientes: 85 sujetos, 85% de la muestra, tiene un bajo desarrollo de sus competencias comunicativas; 10 sujetos (10%) tienen un desarrollo medio y 5 sujetos, equivalente a 5% de la muestra, tienen un alto desarrollo de sus competencias comunicativas (Tabla 16, Fig. 5).

### **3.2 Satisfacción de la población con los aspectos relacionados con la comunicación**

En el cuestionario de satisfacción de la población, se pudo apreciar que la población valora de manera general sus relaciones con el enfermero y la enfermera que lo atiende como: *sinceras* (73%), *cariñosas* (86,2%), *amables* (61,1%) y *cortesés* (43,8%) entre otras menos representadas. Refieren que lo que más le agrada de la enfermera o el enfermero que lo atiende es *su buen trato* (78,5%), que siempre *llevan un porte personal impecable* (11,3%) y que *cumplen las indicaciones según las orienta el médico* (11%). Al preguntarles

si seleccionarían otra enfermera o enfermero para que lo atendieran 91,5% se negó a hacerlo, pues se sienten bien atendidos por el profesional que actualmente les atiende. Cuando se les preguntó si se sentían comprendidos por la enfermera o el enfermero la mayoría respondió afirmativamente.

Se les ofreció un conjunto de aspectos que algunos consideran necesarios para sentirse satisfecho con la atención que se le brinda y se les solicitó que los enumeraran por orden de prioridad para ellos y sugirieran otros según lo consideren necesario. Del total, 68% marcó en primera opción como elemento para sentirse satisfecho que los profesionales de enfermería les dediquen algún tiempo para conversar cuestiones de índole laboral, social y familiar; 65% señaló en segunda opción que tengan en cuenta las preocupaciones de los enfermos para tomar decisiones sobre su salud; 63,5% solicitó que se le den explicaciones a ellos y a sus familiares cuando lo soliciten y 59% que se brinde información diaria sobre su estado de salud.

Los resultados obtenidos en este aspecto son similares a los de Morales, en 1989, en un estudio de satisfacción de la población en hospitales clínicos-quirúrgicos de la ciudad, donde la población prefería recibir un mejor trato, satisfacer sus necesidades espirituales o subjetivas, en un primer orden, y luego las relativas a su problema de salud y a la competencia técnico-profesional del personal que brinda los cuidados. Son cuatro los factores que inciden favorable o desfavorablemente en la satisfacción de la población, que por orden de prioridad son: la comunicación, el reconocimiento de la individualidad del enfermo, la calificación profesional percibida y las características del ambiente en que se brinda la atención.

Se comparte los criterios emitidos por diversos autores, quienes reconocen la importancia de la relación afectiva para los enfermos y su relación con la adherencia al tratamiento. Son varios los estudios donde la satisfacción promovida por los profesionales de la salud en los enfermos mostró una correlación significativamente positiva con la habilidad de los profesionales para decodificar las emociones expresadas a través de la postura corporal y los movimientos faciales de los enfermos. También se señala la relación del nivel de satisfacción de la población con la habilidad para comunicar cariño e interés a los enfermos mediante los canales verbales y no verbales y la preocupación que el profesional muestre por los aspectos personales, familiares y sociales del enfermo.

La población entrevistada refiere que el comportamiento de la enfermera o el enfermero en sentido general es adecuado (66%) y satisface sus expectativas. En ese sentido, y a pesar de las dificultades identificadas y los resultados obtenidos, se puede afirmar que la población se siente satisfecha con la atención que brindan los profesionales de enfermería o al menos logran compensar sus necesidades dentro de las relaciones que establecen con ellos (Fig. 6).

### **3.3 Presencia de los contenidos de comunicación en el currículo de la asignatura rectora**

El análisis parte de entrevistas realizadas a informantes claves acerca de los programas de la carrera de Enfermería en relación a cómo tributan sus programas al desarrollo de las competencias comunicativas en los futuros egresados. Los entrevistados plantearon que en los objetivos generales educativos e instructivos de la carrera no se contempla (ni explícita ni implícitamente) el desarrollo de competencias comunicativas en los profesionales de enfermería y que los contenidos de los programas de la asignatura rectora tributan al desarrollo de habilidades técnico-profesionales para el ejercicio de la profesión.

En cuanto a las relaciones que se establecen entre el profesor y el alumno, coinciden en que tanto uno como el otro necesitan saber comunicarse, pues si el docente es la imagen o modelo para el educando, el primero debe saber comunicarse adecuadamente para que estas relaciones sean cordiales y se sustenten en el respeto, el afecto y solidaridad entre ambos. Identifican que este es un aspecto de necesario de aprendizaje de los docentes, porque ellos se preocupan más por el contenido que se imparte que por cuidar el estado de las relaciones interpersonales con sus educandos. Por otra parte, señalan que en ocasiones el docente no influye en la formación de valores ni se ajusta a las características individuales de sus educandos.

En ese sentido, la autora considera que las relaciones se sustentan en la autoridad del profesor exigiendo una actitud receptiva y atenta de los educandos, donde la obediencia por parte de los educandos, es la principal aspiración del profesor. Se establece una relación paternalista entre ambos porque el docente ofrece criterios ya acabados o semielaborados por él que deben ser respetados y asumidos por los educandos. El docente se siente en la obligación de darles todo a ellos, lo que limita su independencia cognoscitiva, al tiempo que se exige una elevada preparación científico-técnico del docente.

Sin embargo, no se tienen en cuenta en el proceso de evaluación las dificultades en la expresión oral y escrita en la actividad valorativa del educando, elementos que debían considerarse, dado que aparece contemplado dentro de los objetivos de este modelo pedagógico.

Consideran que los profesionales de enfermería que prestan servicios de salud no son competentes comunicativamente, y que estos se limitan en la mayoría de los casos al cumplimiento de las indicaciones médicas. Asimismo, no dedican tiempo para conversar con los enfermos sobre los problemas sociales, psicológicos y de salud que lo aquejan, piensan que las respuestas que dan a los enfermos o sus familiares no responden o satisfacen sus necesidades; esto provoca que el enfermo no exprese todo lo piensa o siente.

Algunos consideran que esto se debe a que los profesionales no tienen conocimientos sobre las bases teóricas de la comunicación humana, y estos no aparecen contemplados en los planes y programas de estudio de la carrera. En los programas en los que aparecen, el contenido y el fondo de tiempo son insuficientes y roza con el irrespeto hacia esa área del saber que constituye una herramienta de trabajo para todos aquellos que brindan servicios a la población. Por eso la comunicación que se establece es muy empírica y se sustenta en las experiencias personales y en las capacidades individuales de cada profesional.

En los objetivos generales educativos del Licenciado en Enfermería quedan declarados los enfoques filosófico, ético, estético, humanístico y social de los objetivos, los que se orientan hacia la formación de un profesional comprometido con nuestro sistema social socialista. En este documento se incluyen algunos objetivos de corte instructivo. Dichos objetivos generales no contemplan el desarrollo de competencias comunicativas, y solo se hace alusión en un objetivo instructivo a: “Incrementar la capacidad para comunicarse al lograr la independencia cognoscitiva que le permita analizar, sintetizar, criticar y resumir al expresarse en forma oral y escrita”.

Resulta oportuno señalar que en el Programa de Enfermería General I, correspondiente al 1er. año, en el Tema 1. Caracterización del profesional se imparten 6 horas de Comunicación humana, 2h de conferencia (Concepto, estructuras, funciones, tipos de comunicación, modelos), 4 h de seminarios (Técnicas de educación para la salud) y luego, en el 8vo semestre (4to año) en el Módulo 1. Atención de Enfermería a la Comunidad están previstas 12 h, distribuidas de la manera siguiente: 2 h de conferencia, 2 h de seminario y 8 h de educación en el trabajo. Los contenidos de estos programas son reiterativos,



incorporándose en el 2do semestre del mismo año, como conocimientos nuevos, las habilidades para la comunicación y algunos elementos de comunicación educativa que permitan implementar las técnicas de educación para la salud.

Asimismo, en el 2do. año, 2do semestre, se imparte la asignatura de Psicología Médica y en el Tema . La relación médico-paciente, cuyo contenido está previsto, tanto para los estudiantes de Medicina como de Enfermería. Los docentes de la asignatura de Psicología han considerado que este tema debe ajustarse al marco de la actuación profesional de la enfermera o el enfermero. Tanto los docentes como la autora consideran que no son iguales las relaciones que se establecen entre el médico y el enfermo, la enfermera y el sujeto sano o enfermo. A esta temática se le dedican 12 horas clases, distribuidas en 2h conferencia, 2h seminario, 4h taller y 4h de trabajo extraclase.

Sin embargo, esta relación no se aborda desde la asignatura rectora, cuando es necesaria en el desempeño profesional de la enfermera y el enfermero, como elemento que permite la coordinación, la organización, planificación, ejecución y evaluación de los cuidados al enfermo y, en última instancia, es la esencia del proceso, sin el cual no sería posible la implementación del método científico y comprometería la conducta del profesional frente al enfermo. De no ser tenidos en cuenta pueden influir desfavorablemente en la calidad del servicio que se brinda, en la imagen que del profesional se forman los enfermos y sus familiares, en la imagen social de la profesión y en el nivel de satisfacción de la población; todo ello empobrece la didáctica particular de la formación profesional del enfermero o la enfermera al no transcurrir en la lógica del método, donde esta lógica tiene un papel esencial en la visión y en el comportamiento profesional futuro del enfermero o la enfermera.

Otro aspecto curioso a señalar es el hecho de la existencia de un sistema de contenidos que se inserta a la asignatura rectora en el 3er año, conocida como Introducción a la Administración de los servicios de salud, y que no aparecen contemplados en el programa de la asignatura, no están reflejados en los objetivos ni en las orientaciones metodológicas de la asignatura; se evalúa el contenido en forma de seminario y de actividades prácticas. Estos contenidos no son tenidos en cuenta en la evaluación final del estudiante.

El contenido se distribuye de la manera siguiente teniendo en cuenta el P-1: 2h de conferencia sobre Ciclo administrativo-Etapa de dirección donde deberá apropiarse de las bases teóricas de las estrategias de dirección y elementos de comunicación organizacional, 2h Seminario y 4h de Educación en el trabajo.

Este sistema de contenidos tiene su precedencia en el primer año de la carrera donde se imparten nociones generales sobre los niveles de atención de salud, las funciones y perfiles de la enfermera, pero por su importancia llama la atención como no es reconocida como una estancia, substancia o asignatura, y que su evaluación no incide ni es contemplada en los resultados finales del educando al final del semestre en que el docente decida impartirla. Esto resulta insuficiente para que el estudiante pueda adquirir y apropiarse de los conocimientos y habilidades de dirección de un servicio de salud, controlar recursos humanos, bienes materiales y servicios teniendo en cuenta que es una de las actividades más complejas que se pueda realizar en cualquier área o sector; máxime cuando los recursos humanos poseen características interpersonales disímiles y entre ellos se establecen relaciones complejas, difíciles, en las que alguien debe mediar y propiciar que se cumpla una de las finalidades de la dirección en salud: garantizar *la calidad de los servicios* que se prestan y esto solo es posible alcanzarlo con el trabajo en equipo.

No obstante, es necesario señalar que de cierta manera en este modelo formativo se identifica la comunicación como elemento importante para el trabajo del profesional de enfermería, pero curricularmente no están creadas las bases para desarrollar profesionales competentes en esa área. La comunicación constituye una herramienta de trabajo esencial, aunque en la gestión docente no se le dé la importancia que tiene.

Muestra de ello es el tiempo dedicado a la temática de la comunicación durante toda la carrera: 36 h, que representan 0,94% del total de horas de los programas de estudios. Aunque estadísticamente se representa de esa manera, desde el punto de vista del desarrollo formativo evidencia una mayor insuficiencia, porque si las competencias comunicativas forman parte de la competencia profesional, las primeras deben implementarse desde el inicio de la carrera y reforzarse en los años subsiguientes.

Es importante aclarar que el dominio de habilidades interpersonales es un elemento esencial para establecer una relación eficiente, así como una condición necesaria para un desempeño y competencia profesional adecuados. A pesar de las debilidades señaladas anteriormente, este modelo de formación profesional, ha permitido la preparación, durante más de diez años, de miles de Licenciados en Enfermería, cuya calidad ha sido certificada por los estudios de competencia y desempeño profesional realizados por las instancias competentes del sector durante los últimos años.

Concluye el análisis reafirmando que desde el punto de vista de las competencias comunicativas, la asignatura rectora no propicia su desarrollo. Esto permite afirmar que los profesionales de enfermería tienen un desarrollo bajo de sus competencias comunicativas, lo que apoya la hipótesis de la investigación (Tabla 16, Fig. 5).

**CAPÍTULO IV. PROPUESTA DE UNA ESTRATEGIA PARA EL DESARROLLO DE LAS COMPETENCIAS COMUNICATIVAS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.**

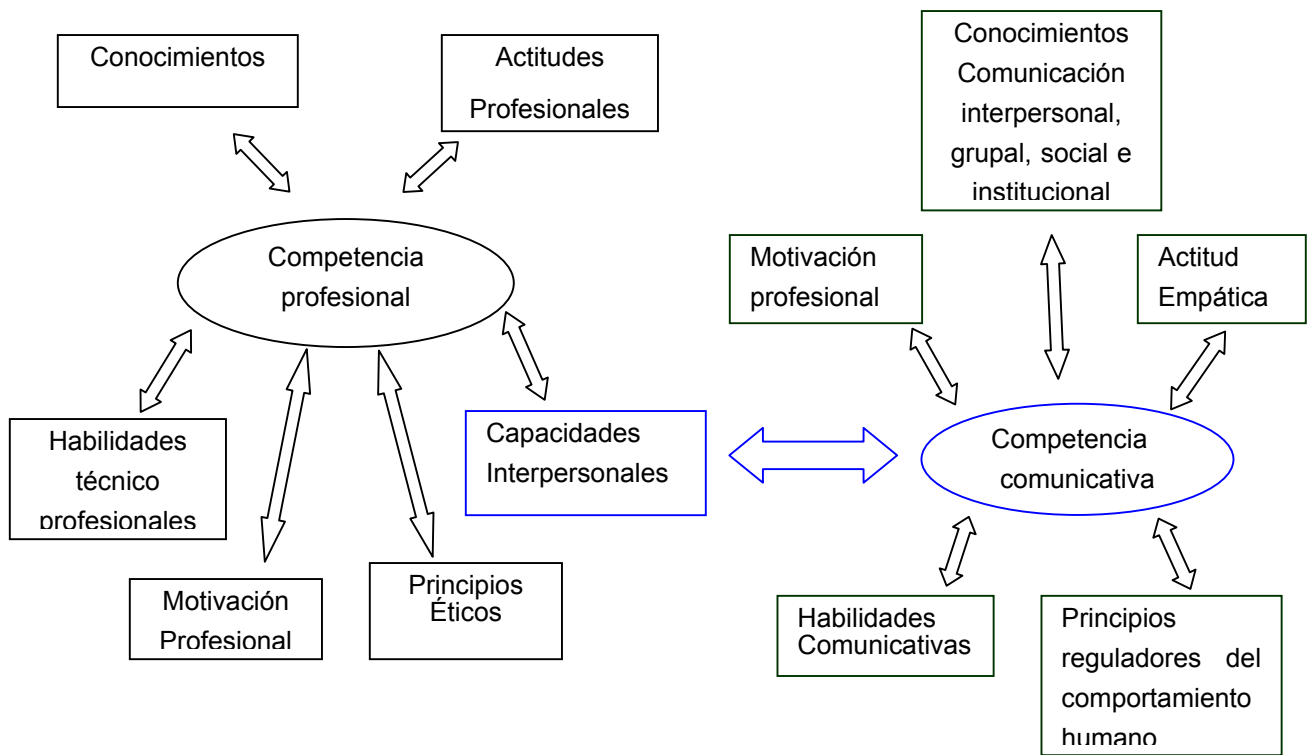
### **PROPUESTA DE UNA ESTRATEGIA PARA EL DESARROLLO DE LAS COMPETENCIAS COMUNICATIVAS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA**

En el presente capítulo se presenta la propuesta de una estrategia para el desarrollo de las competencias comunicativas de los profesionales de enfermería diseñada a partir de las necesidades identificadas en el diagnóstico. Este contiene las consideraciones teórico-metodológicas necesarias para el desarrollo de dichas competencias, así como los principios en los que se sustenta. Se presentan las dimensiones e indicadores de la competencia y los criterios de argumentación de la estrategia propuesta emitidos por los expertos.

#### **4.1 Fundamentos teórico-metodológicos de una estrategia para el desarrollo de las competencias comunicativas de los profesionales de enfermería**

La propuesta de la estrategia se sustenta en la concepción teórica de las competencias comunicativas como componente esencial de la competencia profesional de enfermeras y enfermeros, enfoque que supera a los anteriores por ser más integrador, holístico y humano. Ve al sujeto en toda su integridad y está concebida para formar al sujeto en un medio comunicativo y dialógico por excelencia, donde el educando es el principal protagonista del proceso, enriqueciéndolo como individuo y como profesional.

Gráficamente se puede representar la matriz de formación profesional como se representa en la figura 7.



**Fig.7. Matriz de formación profesional.**

#### 4.1.1 Objetivos

- Estimular la participación activa del educando en el proceso de enseñanza aprendizaje, siendo el docente facilitador, orientador y guía del proceso.
- Contribuir al desarrollo de la personalidad de los educandos formando profesionales independientes, solidarios, humanos, responsables, flexibles, reflexivos, creativos, capaces de ajustarse a cualquier situación de su campo de actuación y relación y competentes profesionalmente.

#### 4.1.2 Premisas teóricas en las que se sustenta el modelo

- Articulación de las competencias como eje transversal en el diseño curricular para la formación profesional de enfermeros.

- Principio de la vinculación de la teoría con la práctica.
- Principio de unidad de lo instructivo y lo educativo
- Principio de unidad entre lo afectivo y lo cognitivo
- Enfoque humanista en la formación profesional

#### **4.1.3 Articulación de las competencias como eje transversal en el diseño curricular para la formación de enfermeros**

La propuesta que se realiza y que es uno de los aportes más importantes de la investigación se sustenta en el criterio que para desarrollar las competencias comunicativas el educando necesita que los elementos en los que se apoya su desarrollo deben estar presentes a lo largo de toda la carrera, de manera tal que los conocimientos, las habilidades, las actitudes y la motivación sean reforzados mediante la vinculación y la aplicación en su práctica profesional de las bases teóricas del proceso de comunicación humana, sin obviar los aportes que otras asignaturas realizan desde su diseño.

Para favorecer el cambio es necesario que los profesionales de enfermería evolucionen hacia una actuación dialógica como expresión de su competencia, lo que requiere una actitud favorable por parte de los profesionales. Por ello la propuesta que se realiza favorecerá la creación de condiciones para que el educando se sensibilice y familiarice con la temática hasta alcanzar fases superiores para el desarrollo de sus competencias comunicativas.

#### **4.1.4 Principios**

##### **4.1.4.1 Principio de la vinculación de la teoría con la práctica**

La propuesta, al reconocer la vinculación de la teoría con la práctica, se apoya, además, en actividades de educación en el trabajo para el logro de sus propósitos. Estas actividades permiten la ejercitación y el entrenamiento de las habilidades y la aplicación de los conocimientos en el campo de actuación profesional de los educandos, cuestiones que son consolidadas en la atención al sujeto sano o enfermo, y que deben formar parte del comportamiento y actitud profesional del educando. Está concebido como objeto de seguimiento y evaluación por los tutores y docentes en las áreas de actividad

profesional en la nueva concepción pedagógica; lo que implica una adecuada preparación de los docentes y tutores como comunicadores.

Las técnicas comunicativas que se proponen al final de cada propuesta de implementación en cada año son algunos ejemplos de las estrategias para desarrollar las competencias comunicativas. El profesor utilizará aquellas que considere adecuadas o necesarias para el tratamiento de las dificultades identificadas en los educandos en el diagnóstico.

#### **4.1.4.2 Principio de unidad de lo afectivo y lo cognitivo**

La propuesta enlazará problemas de la actividad profesional con la actuación comunicativa del profesional de enfermería, y el educando intentará aplicar estrategias de solución al problema a partir de su experiencia personal y de los supuestos teóricos abordados en clase. Todo ello contribuirá al mejoramiento profesional y humano de los educandos durante su interacción en el proceso asistencial y docente y permitirá que el aprendizaje se produzca bajo condiciones de intercambio de conocimientos, experiencias y vivencias de los sujetos y grupos que intervienen en el acto comunicativo, estableciendo una unidad entre lo cognitivo y lo afectivo

#### **4.1.4.3 Principio de unidad de lo instructivo y lo educativo**

En la propuesta, el primer paso para su implementación es el diagnóstico pedagógico y el autodiagnóstico. A partir de la identificación de las dificultades comunicativas de los educandos, se trazarán las estrategias de intervención para la concientización por parte de los educandos de sus necesidades y limitaciones, y que a partir de ellas los mismos participen activamente en su autotransformación, al cambio de actitudes y a su desarrollo personal y profesional.

Los conocimientos que sirven de base para el desarrollo de las habilidades y actitudes han sido distribuidos en los programas de la asignatura rectora, teniendo en cuenta el perfil del profesional en los diferentes niveles de salida, así como las funciones que realizará el egresado en correspondencia con su perfil, previsto en el nuevo modelo pedagógico. Dicha propuesta se encuentra en fase de perfeccionamiento y tiene la intención de constituir la nueva estrategia de formación de recursos humanos de Enfermería de la Educación Superior en Cuba.



Esta propuesta permitirá desarrollar las competencias comunicativas de los educandos quienes las necesitan en el enfrentamiento a las situaciones de trabajo y de la vida cotidiana y, posteriormente, el reforzamiento positivo en las diferentes formas de superación postgraduada.

Se propone el uso del trabajo independiente para la sensibilización y exploración del tema por el educando, que posteriormente se analizará en equipo dentro del aula, momento en que se generalizarán los conocimientos estudiados de forma independiente, y es un espacio donde se expondrán los criterios individuales, se conformarán y construirán nuevos puntos de vista y conocimientos, aprenderán nuevas formas de analizar la problemática planteada y respetar la diversidad de criterios y opiniones..

Las relaciones con los educandos se sustentarán en el respeto mutuo, la cordialidad y solidaridad. La propuesta no pretende dañar o subestimar el rol del maestro; todo lo contrario, trata de romper con los esquemas tecnicistas tradicionales, y permite al profesor ser más sensible ante la comunicación como proceso esencial para su labor pedagógica, conocerse a sí mismo, autodiagnosticar sus limitaciones y fortalezas, trazar también su propia estrategia de desarrollo personal y profesional.

#### **4.1.5 Enfoque humanista**

La propuesta que se plantea tiene un carácter holístico y esencialmente humanista al crear las condiciones para que el sujeto sienta la necesidad de reflexionar sobre su comportamiento y darle el valor que el proceso de comunicación tiene para el desempeño de su profesión como enfermera o enfermero y como persona; de ahí que dicha propuesta en este sentido redunde en el crecimiento de este futuro profesional como comunicador.

La estrategia se elabora a partir de las limitaciones o necesidades identificadas en los educandos durante el diagnóstico del grado de desarrollo de las competencias comunicativas y los resultados del análisis de contenido del diseño curricular. Se considera que la misma tiene un carácter práctico, humanista, activo, flexible y útil porque prepara al sujeto no sólo para la vida profesional, sino también para la vida social.

Sobre la base del conocimiento de las dificultades, el sujeto debe jerarquizar sus carencias y proponerse cuál de esos problemas va a solucionar en su actuación comunicativa, aquí ocupa un lugar importante el establecimiento de la meta que desea alcanzar y tomar la decisión responsable que lo encaminará a la ejecución de su plan de acción.

En la propuesta se debe tener en cuenta los intereses y las experiencias personales y asistenciales de los educandos para el tratamiento de los contenidos. Se considera que el trabajo independiente propicia la formación del valor responsabilidad al depender el logro de los objetivos trazados, del trabajo colectivo que se nutre a su vez del trabajo independiente que realiza cada estudiante.

Esta forma de concebir el proceso permitirá a los educandos respetar los criterios de sus compañeros, colaborar con los otros en el logro de un objetivo común, establecer relaciones solidarias, cordiales y complementarias entre ellos; al propio tiempo, hará que los educandos se comporten según las reglas aprobadas en el grupo contribuyendo a su autorregulación.

#### **4.2 Patrón de competencias comunicativas**

La noción de competencias apunta desde su origen a condiciones de carácter cognitivo y a una constitución y formación de los sujetos en diferentes dimensiones de su desarrollo.

Según Piaget, “la construcción de competencias es cognoscitiva, ya que nadie puede construir competencias al respecto sino es en el interior de un saber determinado, en la medida en que los procesos educativos le dan al individuo la oportunidad de sumergirse en la estructura del mismo, en las razones por las cuales ese saber es admitido históricamente y porque la comunidad lo admitió como una propuesta de mayor y mejor productividad y pertinencia social. Ese sumergirse en un saber determinado conlleva necesariamente a la construcción de actitudes positivas hacia el mismo. Otra dimensión de las competencias es que ellas son actitudinales, se expresan en realizaciones concretas las cuales están indisolublemente relacionadas con lo afectivo-cognitivo” (95).

Los seres humanos se comunican para intercambiar informaciones, conocimientos, analizar una determinada situación, para razonar, pensar. Pero se comunican también para expresar sentimientos, emociones, afectos y esperanzas. Basta pensar en los gestos, en

el valor de unas palmadas al hombro cuando se está triste o un abrazo cuando se alcanza una meta o propósito muy deseado. Por ello es necesario equilibrar ambas dimensiones, pues una comunicación afectiva no genera análisis crítico, reflexión, pensamientos, y por otra parte, una comunicación cognitiva, resulta fría e inexpresiva, poco vivencial y escasamente motivadora. Sólo con análisis intelectual no se construye la acción, que es producto de la volición y que nace de las opciones integrales en las que el hombre está presente con todas sus dimensiones.

Teniendo en cuenta esta concepción integradora, según la cual la cognición y la comunicación se dan en la personalidad, mediante la actividad en la interacción sociocultural, es que “se considera necesario asumir tres dimensiones en su definición: afectivo-cognitivo, comunicativo y sociocultural” (96) propuestas y desarrolladas por la Dra C. Angelina Roméu desde un enfoque mucho más general e integrador, que sirve de fundamento de la estrategia general que se propone y para el profesional de enfermería.

#### **4.2.1 Dimensión cognitiva**

Mediante esta dimensión “se revela una de las funciones esenciales del lenguaje, la función noética, que se hace patente en la participación del lenguaje en la construcción del pensamiento en conceptos, lo que constituye la unidad dialéctica del pensamiento verbal y el lenguaje intelectual” (97). Puede entenderse como los conocimientos que la persona posee, u oponerse a los sentimientos, o aludir a los procesos mentales, mediante los que se construyen los significados y se genera el sentido y el lenguaje. Los procesos cognitivos que intervienen en la comprensión y producción de significados tienen un carácter constructivo. Esto significa que tanto en la comprensión como en la producción, el individuo no reproduce mecánicamente los significados, sino que construye sus propias representaciones, a partir de los múltiples saberes que posee y de “elementos que los usuarios saben acerca del contexto y las creencias que esos usuarios ya tenían antes de iniciar la comunicación” (95).

Hay contenidos de la comunicación que solamente pueden transmitirse mediante el uso del lenguaje verbal, que ofrece recursos para hacer claros y precisos las intenciones y

permite la comprensión entre los comunicantes; por eso es considerado el medio más eficaz para la comunicación interpersonal entre el profesional de enfermería y los sujetos sanos o enfermos. La dimensión cognitiva puede entenderse como los conocimientos que la persona posee sobre la lengua y el uso adecuado de los recursos lingüístico, que le permitan expresarse e interactuar adecuadamente con los sujetos en diferentes contextos. Consiste en reconocer y usar el código lingüístico y otros códigos (gestual, icónico, simbólico, proxémico, táctico, etc.), y las reglas que rigen las relaciones entre los signos; saber utilizarlos e interpretarlos en diferentes situaciones y contextos de comunicación, emplear estrategias que permitan iniciar, desarrollar y concluir la comunicación de forma exitosa.

#### **4.2.2 Dimensión comunicativa**

En el contexto de enfermería la lengua o idioma del otro interlocutor es un elemento a tener en cuenta para que el sujeto no sienta lejano o ajenos los mensajes que se emiten a su alrededor. La terminología que los profesionales de enfermería aprenden para comunicarse eficazmente con otros profesionales de la salud no es clara para los enfermos y sus familiares, y por eso debe emplear un lenguaje común y en términos que los enfermos comprendan. La enfermera o el enfermero deben evaluar el nivel de instrucción del enfermo, para que puedan usar las palabras adecuadas.

Los profesionales de enfermería deben estar conscientes de su expresión facial, tono de voz, gestos y posturas porque comunican de forma sutil su estima y sentimientos hacia la otra persona. Deben tener presente que pueden conocerse los sentimientos y actitudes y la condición física del enfermo por medio de la observación de las conductas no verbales (los gestos, las manos, la expresión de la cara, la forma de caminar, vestirse, es decir, la mímica en general). Estos elementos brindan al profesional de enfermería información acerca de la persona que atiende y deben ser considerados en las observaciones y registros diarios del profesional de forma clara, precisa y legible, empleando la terminología descrita para la profesión.

Durante la obtención de información, la enfermera o el enfermero realizarán preguntas utilizando las propias palabras del enfermo, pues reflejan mejor sus sentimientos con claridad, así como evitarán las preguntas directas, cuestionadoras o indiscretas que

pueden activar en el sujeto sano o enfermo actitudes negativas hacia el profesional y, en consecuencia, hacia el tratamiento.

De igual manera, resulta vital el ambiente en el que ocurrirá la comunicación, por ello la enfermera o el enfermero evitarán ruidos innecesarios. La reflexión sobre la importancia de evaluar las condiciones del ambiente favorecerá una adecuada valoración de las condiciones físicas y psicológicas del sujeto sano o enfermo, y así, adecuar los mensajes a la problemática y a las características individuales de las personas con quienes interacciona empleando un tono de voz, volumen y timbre adecuados. Resulta más importante no lo que se dice sino la manera en cómo se dice y hacer corresponder los mensajes verbales que se envía con los no verbales, elementos sobre los que se muestran muy sensibles los enfermos.

Los profesionales de enfermería deberán encontrar áreas de interés para establecer el diálogo, evaluando en todo momento el contenido de la comunicación, escuchando con atención las ideas expresadas por el sujeto sano o enfermo y demostrándole que se le quiere escuchar, que se tiene en cuenta sus preocupaciones. Asimismo, han de evitar las distracciones y dominar los sentimientos.

El profesional tratará de expresar los factores que están relacionados con el problema de salud del enfermo sin involucrar sus criterios personales en lo que el enfermo debe o no hacer, sino ayudarlo a tomar en cuenta estos factores y las posibles alternativas de solución. Al mismo tiempo, debe ser cuidadoso en sus expresiones, los gestos, su mirada, las posturas del cuerpo y, finalmente, de sus actitudes y reconozca que los mismos son productos del aprendizaje.

La dimensión comunicativa implica saberes sobre el proceso de comunicación, las habilidades comunicativas para escuchar, observar, expresarse oralmente y estrategias para iniciar, desarrollar y terminar la conversación en diferentes situaciones y contextos; en particular, en el ejercicio de la profesión. Los indicadores de la dimensión comunicativa son los conocimientos, las habilidades y actitudes relacionados con la adecuación de la comunicación a las exigencias del contexto.

#### **4.2.3 Dimensión sociocultural**

Sobre el contexto son varias las conceptualizaciones y en particular es interés de la autora abordar esta dimensión desde la teoría de contexto de Van Dijk, quien considera que “el contexto no es algo externo o visible, o fuera de los participantes, sino algo que construyen los participantes como representación mental”. Los modelos del contexto, continúa diciendo, “son una forma específica de los modelos que formamos con nuestras experiencias cotidianas, así mientras estamos conscientes construimos constantemente modelos mentales de la situación en la que nos ubicamos (de nosotros mismos, de la gente, del tiempo, del lugar, de los actos, entre otros)” (94).

Este modelo del contexto es subjetivo e individual, donde cada sujeto construye el contexto con sus experiencias personales y sociales, con aquello que es relevante para él. Por eso se convierte en un espacio dinámico, que cambia permanentemente durante la comunicación (se adapta, se actualiza) debido a cambios en la situación social, o en la interpretación del discurso. Por esta razón, afirma el propio autor, el contexto influye constantemente en el desarrollo del discurso y viceversa. El modelo del contexto tiene como función “servir para que la gente tenga una representación más o menos adecuada y relevante de su entorno y controlar la recepción y producción, de tal manera que la interpretación del discurso sea adecuada o apropiada a la situación interpersonal o social” (94).

El cuidado de enfermería culturalmente competente se entiende como “el ser sensible a los asuntos relacionados con la cultura, la raza, el género, la orientación sexual, las creencias y costumbres, religión, clase o grupo social, la situación social, entre otros factores. Esto significa no sólo ser consciente y comprender las diferencias de los otros, sino también tener la habilidad de intervenir apropiada y efectivamente en el cuidado de las personas” (20).

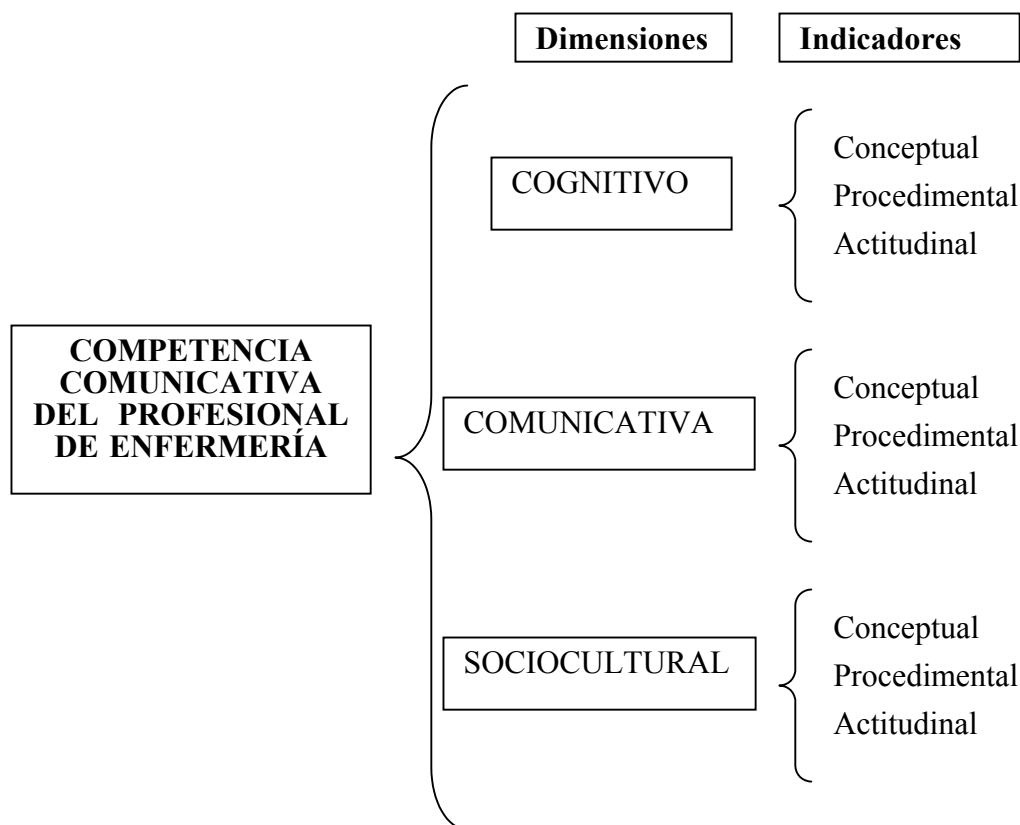
El cuidado de la salud y la enfermedad forman parte del mundo de la vida de las personas en los diferentes grupos socioculturales. Como práctica social, ya sea cotidiana o institucional, tiene su génesis y se estructura a través del saber cultural, las instituciones sociales y las personas en el mundo.

La competencia sociocultural implica una combinación de conocimientos, actitudes y habilidades en la valoración, interpretación e intervención cultural en diferentes contextos. Reconocer la dimensión cultural como constitutiva de los colectivos y de las personas, provee elementos para pasar de la atención con fines puramente instrumentales

al cuidado-interacción y propicia el desarrollo de la autonomía del sujeto y del profesional, al reconocer lo común en la diversidad y la diversidad en lo común.

La dimensión sociocultural está referida al conocimiento del contexto, los roles de los participantes, su jerarquía social, sus funciones; están implicados, igualmente, la identidad de los sujetos, sus sentimientos, creencias, costumbres, religión y prácticas de salud, preferencias y estados de ánimo, la pertenencia a una clase o grupo social, su intención y finalidad comunicativa y la situación comunicativa en la que tiene lugar la comunicación.

#### 4.2.4 Representación del patrón de competencia comunicativa del profesional de enfermería (Fig.8)



**Fig.8. Representación del modelo de competencia comunicativa del enfermero profesional.**

## **4.2.5 Dimensiones e indicadores de la competencia comunicativa del profesional de enfermería**

### **4.2.5.1 Dimensión cognitiva**

#### *Conceptual*

Posee conocimientos sobre comprensión y construcción de significados:

- Explica las estrategias para obtener, evaluar y utilizar la información del sujeto.
- Diferencia la idea central y las ideas secundarias de los mensajes del sujeto.
- Explica el contenido del mensaje del sujeto.
- Diferencia la intención comunicativa de la finalidad del sujeto.
- Caracteriza el proceso de expresión oral y escrita del sujeto.
- Explica los diferentes tipos de preguntas.
- Caracteriza la sinonimia y la antonimia.
- Describe las estrategias para iniciar, desarrollar y terminar una conversación.

#### *Procedimental*

Posee habilidades para la comprensión y construcción de significados:

- Obtiene, evalúa y utiliza la información.
- Extrae las ideas esenciales y las secundarias.
- Resume el contenido del mensaje.
- Diferencia el significado del sentido del mensaje.
- Comprende y construye mensajes orales y escritos.
- Elabora diferentes tipos de preguntas según la intención comunicativa.
- Emplea la sinonimia, antonimia y la repetición.
- Sabe iniciar, desarrollar y terminar una conversación.



### *Actitudinal*

- Valora la información obtenida para interactuar adecuadamente con el sujeto en determinados contextos.
- Asume actitudes que se corresponden con la valoración realizada.
- Expresa y defiende sus puntos de vista y criterios acerca de un tema dado con respeto y sin agredir al sujeto sano o enfermo.

### **4.2.5.2 Dimensión comunicativa**

#### *Conceptual*

Posee conocimientos sobre el proceso de comunicación humana:

- Define el proceso de comunicación humana.
- Explica los elementos que intervienen en el proceso de comunicación.
- Explica las funciones de la comunicación.
- Describe los tipos de comunicación.
- Identifica los factores que favorecen la buena comunicación.
- Define el concepto de empatía.
- Describe a una persona con un comportamiento empático.
- Describe a un buen comunicador.
- Caracteriza los diferentes estilos de comunicación.
- Identifica los estilos positivos y negativos.
- Explica las estrategias que permiten establecer la relación entre lo que se dice, la forma en que se dice con la intención comunicativa según el contexto.

#### *Procedimental*

Posee habilidades para la comunicación humana:

1. Posibilidad para expresar, transmitir y recibir mensajes de naturaleza verbal y no verbal. Sus indicadores son:
  - Posee un vocabulario amplio.
  - Usa vocabulario propio de la profesión y hace adecuaciones para relacionarse con el enfermo o sus familiares.
  - Usa tono de voz adecuado.
  - Ejemplifica para asegurar la comprensión de los mensajes.
  - Logra claridad y coherencia en el mensaje.
  - Posee fluidez verbal.
  - Usa la argumentación para lograr ser comprendido.
  - Establece contacto visual durante la interacción con el sujeto sano o enfermo.
  - Usa recursos gestuales para enfatizar, reforzar o negar el mensaje en su relación con los sujetos sanos o enfermos.
  - Elabora preguntas teniendo en cuenta las características biológicas, psicológicas y sociales del sujeto sano o enfermo.
  - Crea un clima agradable para la interacción con el enfermo y/o sus familiares.
  
2. Posibilidad de orientarse en la situación de comunicación a través de cualquier indicador conductual. Sus indicadores son:
  - Escucha atentamente al sujeto sano o enfermo y/o sus familiares.
  - Percibe el estado emocional del sujeto sano o enfermo y/o sus familiares.
  
3. Posibilidad de ayudar al sujeto sano o enfermo a decir lo que piensa o siente sobre su problema de salud e identificar aquello que no ha dicho u oculta. Sus indicadores son:
  - Adopta una postura corporal adecuada durante la interacción con el sujeto sano o enfermo.
  - Posee una expresión facial empática en la interacción con el sujeto sano o enfermo.
  - Usa facilitadores para estimular la comunicación con el sujeto sano o enfermo.
  - No interrumpe innecesariamente al sujeto sano o enfermo salvo para realizar aclaraciones.
  - Sintetiza las ideas claves expresadas por el sujeto sano o enfermo.
  - Guarda silencio durante el diálogo con el sujeto sano o enfermo

- Escucha el tono emocional del sujeto sano o enfermo y se apoya en las propias palabras del sujeto para preguntar u obtener más información
- No cambia el tema de conversación del sujeto sano o enfermo

### *Actitudinal*

Adopta actitudes positivas en la relación con el sujeto sano o enfermo:

- Saluda y se identifica ante el enfermo y sus familiares.
- Selecciona y emplea un vocabulario acorde a las características del enfermo.
- Respeta las decisiones de los enfermos.
- Escucha lo que los enfermos o sus familiares dicen aunque no compartan su criterio.
- Se pone en el lugar del enfermo y de los familiares.
- Se preocupa por los problemas psicosociales del enfermo.
- No cuestiona, ni juzga al enfermo o sus familiares.
- Controla sus emociones ante el enfermo y los familiares.
- Presta toda su atención a lo que le refiere el enfermo o los familiares.
- Se percata del estado de ánimo del enfermo y los familiares.
- Evita que sus prejuicios personales influyan en su relación con el enfermo o los familiares.
- Propicia un clima agradable para establecer relación con el enfermo.
- Llama al enfermo por su nombre.
- Es paciente durante el diálogo, interrumpe sólo para clarificar la información.
- Respeta los momentos de silencio del enfermo.
- Adecua los mensajes a las exigencias de la comunicación con el sujeto sano o enfermo y utiliza diferentes medios comunicativos para ello.

#### **4.2.5.3 Dimensión sociocultural**

### *Conceptual*

Posee conocimiento sobre el contexto:

- Explica los conceptos de individuo, familia y comunidad.
- Explica la situación comunicativa.

- Caracteriza personológica, social y cultural al sujeto sano o enfermo con el que interactúa.
- Explica los roles y funciones de los sujetos sanos o enfermos con quienes interactúa.
- Describe las relaciones que se establecen entre los sujetos sanos o enfermos en la interacción comunicativa.
- Explica la importancia de identificar el grupo y la clase social a la que pertenecen los sujetos sanos o enfermos con los cuales interactúa.

### *Procedimental*

Posee habilidades para adecuarse al contexto:

- Identifica al individuo sano o enfermo, la familia y la comunidad.
- Identifica los componentes de una situación social comunicativa dada y propicia un clima adecuado para la interacción con el sujeto sano o enfermo.
- Identifica las características personológicas, sociales y culturales de los sujetos sanos o enfermos en una situación comunicativa.
- Diferencia y respeta los roles y funciones de los sujetos sanos o enfermos.
- Adecua lo que quiere decir y cómo se dice a las características del contexto y de los sujetos sanos o enfermos.

### *Actitudinal*

Actitudes relacionadas con el desenvolvimiento en diferentes contextos comunicativos:

- Valora la influencia del contexto en lo que se dice y cómo se dicen las cosas al sujeto sano o enfermo.
- Valora las intenciones, actitudes y estados afectivos de los enfermos y sus familiares en situaciones comunicativas diversas.
- Valora los roles y las funciones de los participantes en la interacción en una situación comunicativa en un determinado contexto.

La competencia comunicativa del profesional de enfermería muestra interdependencia entre sus dimensiones “constituye un todo, divisible solo desde el punto de vista

metodológico. La unidad y cohesión de sus dimensiones están dadas porque quien aprende y se comunica es la personalidad, de acuerdo con la herencia histórico-cultural adquirida socialmente, y que implica sus saberes culturales así como la cultura de las personas con las que interactúa, sus conocimientos, necesidades, intereses, motivos, sentimientos, emociones y valores” (96).

La competencia comunicativa no es un todo indisoluble porque no se adquiere a partir de una actividad repetitiva, homogénea, monótona, donde el sujeto no interviene activamente: es el resultado sociohistóricamente condicionado, y “puesto a punto” en la escuela, de un largo proceso humano de intercambio de significados en situaciones disímiles, dudosas unas, ciertas otras, imaginadas, vividas, contextos a los que se accedió no siempre concientemente, otros que fueron impuestos, sin tener muchas posibilidades de asumirlos del todo. En ese trayecto, el educando aprende múltiples normas porque pertenece a diversos grupos sociales, y en su interacción social ha conocido a otros, de los cuales formó parte o no, pero que le dejaron su impronta.

Esta perspectiva provee posibilidades reales de generar condiciones de interacción en la relación del profesional de enfermería con los enfermos, las familias, comunidades y miembros del equipo de salud; asimismo, permite pasar de un modelo vertical, hegemónico y autoritario a uno participativo y respetuoso, que al reconocer al otro como un sujeto con saberes y competencias, abre espacios para que las interacciones del profesional de enfermería trasciendan a generar solidaridad e integración social. No obstante, es interés de la investigadora prestar una mayor atención a las dimensiones comunicativa y sociocultural, al considerar que durante la formación básica el sujeto ha adquirido los conocimientos y habilidades sobre el uso y dominio adecuado de la lengua materna.

### **4.3 Propuesta de objetivos y contenidos a considerar para la implementación de la estrategia**

#### **4.3.1 Consideraciones generales acerca de la estrategia comunicativa que se propone**

La implementación de la propuesta se realiza a partir de las necesidades de aprendizaje identificadas. Los objetivos formativos y los contenidos que se proponen son aplicables a cualquier área del saber, de ahí que dejamos a los especialistas en diseño curricular y en comunicación la adecuación de los mismos, al considerar que la implementación de la estrategia debe realizarse en dos líneas fundamentalmente: la primera, una estrategia

de comunicación institucional (intraorganizacional y extraorganizacional) y la segunda, una estrategia curricular que contemple la formación de pregrado y postgrado.

Los sistemas propuestos contribuirán a que el sujeto reciba los conocimientos, adquiera habilidades y, en consecuencia, adopte actitudes que le permitan establecer relaciones adecuadas con las personas con quienes interactúa en el ejercicio de su profesión o en cualquier contexto sociocultural. Se proponen, además, algunos ejercicios que pueden contribuir al desarrollo de habilidades y actitudes comunicativas en los educandos (anexo 10).

#### **4.3.2 Sistema de objetivos formativos**

- Explicar el proceso de comunicación humana y su importancia para el establecimiento de relaciones adecuadas con otras personas en función del logro las expectativas trazadas por los actores sociales.
- Desarrollar hábitos comunicativos, éticos y estéticos en la relación con los actores sociales, que ayuden a sentar las bases para una comprensión correcta de su quehacer en diferentes contextos a partir del establecimiento de relaciones adecuadas.
- Valorar las relaciones que establece el profesional con los actores con los que interactúa cotidianamente.
- Explicar las actitudes más frecuentes adoptadas por los profesionales en su relación con los otros.
- Caracterizar las actitudes que adoptan los profesionales en su relación con otras personas desde el punto de vista ético y de los principios que regulan el comportamiento humano.
- Autoevaluar las actitudes que adopta en su relación con otras personas.
- Aplicar a su campo de actuación profesional los fundamentos de la comunicación para desempeñarse eficientemente en su labor.
- Interactuar profesionalmente con otros sujetos sustentando su comportamiento profesional en los fundamentos teóricos de la comunicación.
- Explicar la importancia de la comunicación educativa.
- Apropiarse de los elementos que permitan promover cambios en los modos y estilos de vida del individuo, la familia y la comunidad.
- Valorar los modos y estilos de vida del sujeto, la familia y la comunidad

### 4.3.3 Sistema de contenidos

- La comunicación humana. Definición. Estructura. Funciones. Tipos de comunicación. Barreras de la comunicación. Niveles de la comunicación. Modelos comunicativos.
- Principios que regulan el comportamiento humano.
- La comunicación interpersonal.
- La competencia comunicativa del profesional.
- La habilidad de escucha. Elementos que dificultan una buena escucha. Dificultades más frecuentes.
- La habilidad de expresión oral, su importancia para el establecimiento de las relaciones humanas.
- Actitudes para alcanzar relaciones eficaces con los sujetos: la empatía.
- Estilos de comunicación.
- Comunicación educativa. Concepto. Modelos de comunicación educativa. Elementos del proceso de enseñanza aprendizaje.
- Estilos de relación pedagógica. El rol del maestro. Exigencias a la personalidad del maestro como comunicador profesional.

La estrategia que se propone es susceptible de modificaciones y la misma se realiza a partir de las dificultades identificadas en el diagnóstico, y que deben ser tenida en cuenta por los especialistas para la implementación en el currículo de pregrado y en el diseño de cursos de postgrados, diplomados, maestrías, cursos a distancias, teleclases o videoclases, que contribuyan al desarrollo de las competencias comunicativas de las enfermeras y enfermeros en ejercicio, que brindan cuidados de salud a la población.

Se considera que la implementación de la estrategia para el desarrollo de las competencias comunicativas necesita de la sistematización en el aula y en la actividad práctica del profesional en cuestión. El desarrollo de estas competencias por parte del futuro profesional contribuirá al establecimiento de relaciones adecuadas de ayuda y colaboración, mediante la actitud facilitadora del profesional, por medio de la escucha empática, mostrando interés y adecuándose a las características individuales del otro,

reformulando y aclarando los mensajes, transformándose la relación formal en profesional y humana. Son estas algunas de las razones por las que se afirma que su desarrollo debe ser potenciado y sistematizado a lo largo de la formación de pregrado.

#### **4.4 Argumentación de la propuesta mediante criterio de expertos.**

La estrategia propuesta, incluida su variante curricular (anexo 11), fue sometida al criterio valorativo de profesionales, que por la participación que han tenido en los nuevos diseños y cambios en los planes y programas de estudio de la carrera de Enfermería fueron considerados como expertos e informantes claves. Se les presentó la estrategia y un cuestionario, cuya finalidad era conocer si la misma puede contribuir al desarrollo de las competencias comunicativas en la formación de profesionales de enfermería (anexo 6).

Los profesionales consideraron que existe relación desde el punto de vista cognoscitivo entre el perfil del profesional y la matriz de formación profesional que se propone; consideran que en la matriz aparece reflejada la vinculación de la teoría y la práctica y de forma lógica se ofrecen los elementos para desarrollar las competencias en cuestión, de manera que el educando adopte nuevas actitudes frente al enfermo, sus familiares y la comunidad. En tanto, señalan que el modelo actual de formación profesional incorpora conocimientos de comunicación, pero no enfatizan en las habilidades requeridas para fomentar una buena relación entre el profesional de enfermería y el sujeto sano o enfermo, solo se hace énfasis en ellas desde el plano teórico.

Por otra parte, plantean que las premisas en las que se sustenta la estrategia se corresponden con las bases teóricas que deben sostener el diseño curricular de la carrera. Señalan como un elemento positivo en la concepción de la estrategia el concebir al educando como un ente activo en su formación.

Declaran que los objetivos propuestos concretan lo que se quiere lograr y podrán ser alcanzados a partir de las premisas en las que se sustenta la estrategia; señalan que los objetivos y los contenidos de comunicación que se proponen están en correspondencia con la actividad que el educando realizará en ese nivel de formación profesional. De manera que el egresado de cualquier nivel estará capacitado para establecer relaciones adecuadas con las personas con que interactuará; es por ello que los objetivos formativos propuestos deben quedar explicitados en el nuevo diseño curricular.



Consideran, además, la necesidad de contemplar cursos cortos que incluyan los temas de comunicación tratados para aquellos egresados que durante la carrera no los recibieron. Coinciden en que para alcanzar estos propósitos los educadores deben estar capacitados para asumir la diversidad dentro del aula y crear un clima positivo de interactividad y respeto. Señalan que con la interactividad, el diálogo constructivo y el respeto mutuo se rompe con la imagen tradicional de la relación profesor-alumno.

Por otra parte, algunos consideraron que por la importancia de la comunicación para el establecimiento de adecuadas relaciones entre los profesionales de la salud, los sujetos sanos o enfermos y la comunidad, deberían pensarse en incorporar la propuesta de estrategia al currículo como una asignatura obligatoria y no como un curso o asignatura opcional.

A pesar de los criterios anteriores, la totalidad de los expertos afirmaron que la incorporación de la propuesta, adecuadamente estructurada en el currículo de la carrera, favorecerá la formación de profesionales integrales y cualitativamente superiores a los egresados de años anteriores. Señalan que la misma contribuirá a la formación de un profesional competente comunicativamente.

## CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en la investigación son evidencias del bajo desarrollo de las competencias comunicativas de los profesionales de enfermería, lo que demuestra la primera hipótesis de la investigación.

Lo antes planteado es un problema que posee múltiples causas y que no solo es exclusivo de estos profesionales porque se evidencia también en otros sectores de la sociedad. Entre los factores que explican el bajo desarrollo pudieran estar:

- ❖ La ausencia de programas de comunicación institucionalizados que desarrollen las habilidades comunicativas de los educandos, en los diferentes niveles de enseñanza. Se hacen intentos, pero solo se limitan, en el mejor de los casos, al desarrollo de habilidades para la oratoria, en detrimento de otras tan importantes como la escucha y los estilos de comunicación.
- ❖ El papel asignado socialmente a los medios de difusión masiva como transmisores protagónicos y componentes determinantes del proceso comunicativo, sin promover ni considerar otras formas o niveles de la comunicación humana, como la interpersonal, institucional y grupal. Este verticalismo descendente se expresa en las esferas económicas, políticas y sociales de la sociedad.
- ❖ Las competencias deben ser aprendidas a lo largo del proceso de socialización y sistematizadas en las relaciones humanas. Para ello es necesario la existencia de espacios participativos y dialógicos.
- ❖ Los procesos educacionales intencionados, la familia, las organizaciones sociales, políticas y de masas, los medios, otras áreas de creación y participación, así como la sociedad en su conjunto, también inciden en su desarrollo. Esto requiere de la creación de vías y espacios para su desarrollo en toda la población.
- ❖ La ausencia de un abordaje suficiente y adecuado de los contenidos acerca del proceso de comunicación en los diseños curriculares de la carrera, que tiene la máxima responsabilidad social de formar a los profesionales en cuestión.

El análisis de los resultados ha ofrecido suficientes evidencias de que los programas de la asignatura rectora no abordan de manera suficiente ni contextualizada los contenidos acerca de la comunicación social. Con esto queda convincentemente demostrada la segunda hipótesis de la investigación.

El bajo desarrollo de las competencias comunicativas se caracteriza por la existencia de sujetos poco empáticos, poseedores de escasos conocimientos sobre el proceso de comunicación humana, y que adoptan actitudes no favorables para la relación con otras personas.

El estudio confirmó la importancia que le atribuyen las personas que reciben servicios de salud a los aspectos relacionados con la comunicación. Son cuatro los factores que inciden favorable o desfavorablemente en la satisfacción de la población entre ellos se destacan por orden de prioridad: La comunicación, el reconocimiento de la individualidad del enfermo, la calificación profesional percibida y las características del ambiente en que se brinda la atención.

A pesar de los pocos conocimientos que sobre comunicación posee la muestra estudiada, se pudieron constatar actitudes positivas para la relación con los sujetos sanos o enfermos. Ello resulta un elemento interesante, y al mismo tiempo contradictorio en relación con la bibliografía consultada, donde se afirma que los conocimientos están en la base del desarrollo de habilidades y la adopción de determinadas actitudes.

El bajo desarrollo de las competencias comunicativas en los profesionales de la salud puede producir: efectos negativos sobre la salud física, daño psicológico y poca o ninguna adherencia del enfermo al tratamiento médico y a las orientaciones de enfermería.

Los efectos sobre la salud psicológica del enfermo pudieran estar relacionados con situaciones donde el profesional no establece relaciones adecuadas, o no satisface las necesidades afectivas de las personas que atiende durante el proceso de cuidado. Todo ello tiene implicaciones ético-humanista importante.

No obstante, pudieran encontrarse profesionales con un alto desarrollo de sus competencias comunicativas y, sin embargo, no logran establecer adecuadas relaciones

con el enfermo, cuando este tiene un bajo desarrollo de sus competencias; así se originan barreras en la comunicación que dificultan la comprensión de los mensajes u orientaciones de los profesionales de la salud.

La percepción del rol o función profesional, la imagen de sí mismo y de los demás, el tipo de relaciones que se establece con los profesionales de la medicina, así como elementos organizativos de la institución, como son: la estructura, los modelos de prestación de servicio, las condiciones de trabajo, el incremento de la actividad asistencial y la falta de recursos humanos, son factores que pueden estar influenciando de forma negativa en las relaciones comunicativas entre los profesionales de enfermería y los sujetos sanos o enfermos, la familia y la comunidad.

El estudio de la comunicación humana ha sido objeto de investigación de varias ciencias, las que han propuesto conceptualizaciones desde diferentes posiciones. Esto ha originado distintos enfoques o tendencias, y no es posible alcanzar un grado de consenso que contribuya a definir su objeto de estudio. De ahí que los estudios de las relaciones humanas no hayan sido sistematizados en el plano teórico por las ciencias de la comunicación, lo que pudiera estar influyendo en que no se estudie su expresión en el área particular de otras ciencias, como la de la salud.

Los criterios teóricos que sustentan la estrategia general y el patrón que se propone para el desarrollo de las competencias comunicativas del enfermero, parte de trabajos realizados por diversos autores de diferentes áreas de la ciencia, tales como: la lingüística, las ciencias psicológicas, pedagógicas y de la comunicación, que fueron valorados para su aplicación al campo de actuación del profesional de enfermería.

La competencia comunicativa se asume como la potencialidad de un sujeto de lograr una adecuada relación en el proceso de comunicación, a partir del dominio e integración en su ejercicio profesional de los conocimientos sobre comunicación interpersonal, grupal, institucional y social, habilidades comunicativas, principios, valores, actitudes y de la voluntad para desempeñarse en su profesión eficientemente, desde las dimensiones afectivo-cognitivas, comunicativas y socioculturales en diferentes contextos.

La estrategia que se propone tiene un carácter holístico, humanista, flexible, participativo y dialógico, que rompe con los enfoques tradicionales. La determinación de las

dimensiones de la competencia en sus planos cognitivo, comunicativo y sociocultural, así como sus correspondientes indicadores, tiene gran importancia teórica y metodológica porque permite disponer de un instrumento que puede ser empleado, no solo en la elaboración de una propuesta comunicativa integradora extracurricular, sino también en el perfeccionamiento de los programas de la carrera, en el diagnóstico y evaluación de la competencia de los estudiantes y profesionales.

Los expertos consideran que el proceso de comunicación humana debería ser concebido como una asignatura contextualizada dentro de la carrera por su importancia para el ejercicio profesional del enfermero y la enfermera, y no de forma opcional, porque lo consideran un elemento positivo en la concepción de la propuesta, al concebir al educando como un ente activo en su formación. Asimismo, afirman que la implementación de la estrategia, adecuadamente estructurado en el currículo de la carrera, favorecerá la formación de profesionales integrales cualitativamente superiores a los egresados de años anteriores.

Los métodos utilizados para la recolección de los datos empíricos demostraron su factibilidad para el diagnóstico de las competencias comunicativas. Ellos, en su conjunto, constituyen un procedimiento adecuado y validado que se convierte en otro de los aportes sustanciales de la investigación.

La propuesta de estrategia, así como, el patrón presentado para el desarrollo de las competencias comunicativas, poseen un considerable valor teórico y práctico. Enriquecen los criterios que sirven de sustento al estudio del objeto y dan cumplimiento al objetivo general de la investigación.

## RECOMENDACIONES

A partir de las conclusiones a las que se han arribado se derivan las recomendaciones siguientes:

❖ **Al Ministerio de Educación:**

Se valore la incorporación de programas de comunicación desde la enseñanza primaria hasta el nivel superior, en correspondencia con las necesidades y los perfiles de los egresados.

❖ **A la Universidad de La Habana, en particular a la Facultad de Comunicación:**

Se elabore una estrategia comunicativa que involucre a los diferentes factores sociales no escolares (PCC, CTC, FMC, CDR y otras asociaciones obreras y de trabajadores) que estimulen el desarrollo de las competencias comunicativas de la población, ya bien sea por la televisión, la radio, entre otros medios de difusión masiva.

❖ **A la Comisión Nacional de Carrera de Enfermería:**

Se implemente el modelo de desarrollo de las competencias comunicativas en el nuevo modelo formativo, a partir de las bases teóricas construidas.

Se tengan en cuenta las dimensiones cognitiva, comunicativa y sociocultural, así como el sistema de indicadores de la competencia, en la determinación de los objetivos y contenidos de los programas de la carrera, en el diagnóstico y evaluación de los niveles de dicha competencia en los estudiantes que se forman como futuros profesionales de enfermería.

❖ **A la Vicerrectoría de Desarrollo:**

Que se profundice en los supuestos teóricos acerca de la comunicación profesional y se utilicen como material de consulta para otras especialidades.

❖ **A la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado:**

Que se generalice el diagnóstico de desarrollo de las competencias comunicativas en los profesionales que prestan servicios de salud a la población en las diferentes instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Que se facilite la superación profesional en el área de la comunicación a los profesionales de enfermería y los docentes mediante las diferentes formas de superación profesional (cursos de postgrados, diplomados y maestrías).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Tomey, A. M. y M. Alligood.: *Modelos y teorías de enfermería*, 4ta. ed., Ed. Harcourt, Madrid, 2000, p.24.
- (2) Urbina, O. y otros: “El modelo de actuación de Enfermería y su valor humanista”, *Rev. Educ. Med. Super.*, 17(3):27-32, 2003.
- (3) Rico, R. E e I. C. Gutiérrez. “Aproximaciones al concepto de competencia”, *Revista Vorágine*, Colombia, no. 15, pp. 21-25, 2001.
- (4) Roméu, A.: *Teoría y práctica del análisis del discurso. Su aplicación en la enseñanza*, Ed. Pueblo y Educación, Ciudad de La Habana, 2003, p. 45.
- (5) Hymes, D.: *Competencia comunicativa*, Ed. J. Pride and J. Holmes, 1972, p. 42.
- (6) Canale, M. y M. Swain: “Theoretical Bases of Communicative Approaches to Second Language Teaching and Testing”, *Applied Linguistic*, vol.1, no.1, pp. 61-69, 1980.
- (7) Maingueneau, D.: *Genèses du discours*, Pierre Mardaga Editeur, Bruxelles, 1984, pp. 75-82.
- (8) Cancio, C.: “El desarrollo de la competencia comunicativa en escolares de séptimo grado a partir del uso de diferentes códigos”. Tesis en opción al grado de Master en Educación, ISPEJV, La Habana, 1998.
- (9) Arcia, Ma.: “Propuesta de ejercicios para trabajar el desarrollo de habilidades comunicativas a través de textos diferentes”. Tesis en opción al grado de Master en Educación, ISPEJV, La Habana, 1999.
- (10) Castillo, A.: *El sobresaliente y la competencia comunicativa*. Proyecto C.A.S., Colombia, 2000, p.42.
- (11) Cot, J. M.: “Hacia una descripción pedagógica de la competencia pragmática de los hablantes nativos de lengua inglesa”, en: *Competencia comunicativa*, Edelsa, Madrid, 2000, pp. 33-40.
- (12) Beltrán, F.: “Desarrollo de la competencia comunicativa”, citado el 27 de octubre de 2004 en [http:// www.Universidadabierta.edu.mex/](http://www.Universidadabierta.edu.mex/) 2001.
- (13) Van D, T.(compilador): “El discurso como interacción en la sociedad” en: *El discurso como proceso de interacción social. Estudios sobre el discurso II*, Ed. Gedisa, Barcelona, 2000, pp. 19-66.
- (14) Ortiz, E.: *¿Cómo desarrollar la competencia comunicativa del maestro?*, Colección Pedagogía 97, Palacio de las Convenciones, La Habana, 1997.



- (15) Forgas, J. A.: “Diseño curricular por competencias: una alternativa para la formación de un técnico competente”, ISP “Frank País”. Ponencia presentada en Pedagogía 2003, Palacio de las Convenciones, La Habana, 2003.
- (16) Parra, J. F. y P. R.Más.: “La competencia comunicativa profesional pedagógica: una aproximación a su definición”, Colección Pedagógica digital, ISPEJV, Ciudad de La Habana, 2004.
- (17) Hospitalé, A.: “La competencia comunicativa: eje transversal en la experiencia de áreas integradas”, citado el 27 de octubre de 2004 en [http:// www.cep.edu.uy/red](http://www.cep.edu.uy/red).
- (18) Zaldívar, D.: “Competencia comunicativa y relaciones interpersonales”, citado el 23 de agosto de 1998 en <http://www.saludparalavida.cu>.
- (19) Fernández, A. M: “Habilidades para la comunicación y la competencia comunicativa”, en: **Comunicación educativa**, 2da. ed., Ed. Pueblo y Educación, Ciudad de La Habana, 2002, p 49.
- (20) Rodríguez, J. E.: “Enfermería sin contornos”, **Evidentia** (serie de internet), enero-abril, 2004. Citado el 8 de abril de 2001, disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/>.
- (21) Roméu, A.: “El enfoque cognitivo, comunicativo y de orientación sociocultural. Dimensiones e indicadores de la competencia cognitiva, comunicativa, sociocultural”. Ponencia presentada en Pedagogía 2005, Palacio de las Convenciones, Ciudad de La Habana, 2005.
- (22) Roméu, A.: **Teoría y práctica del análisis del discurso. Su aplicación en la enseñanza**, Ed. Pueblo y Educación, Ciudad de La Habana, 2003, p.14.
- (23) Colectivo de autores: “Horizontes salud-enfermedad”, disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria> 2000.
- (24) Tazón, Ma. P.: **Relación y Comunicación**, Ediciones DAE, Madrid, 2000, p. 67.
- (25) Martínez, J. M.: “La comunicación de los familiares con el médico en rudimentos sobre la enfermedad de Alzheimer”, **Boletín Alzheimer** (novedades), Universidad de Navarra, Pamplona, 2004.
- (26) García, H.I. y otros: “Competencia profesional y rasgos personológicos en profesionales de la atención primaria de salud”, **Rev. Cub. Med. Gen. Integr.**, 16(3):233-238, 2000.
- (27) Arjona, B. del Pilar.: “Satisfacción de la población por el ingreso en el hogar en los policlínicos “Carlos M. Portuondo” y “27 de Noviembre”. Tesis en opción al grado de Master en Psicología de la Salud, ENSAP, Ciudad de La Habana, 1998.

- (28) Fuentes, M.: “La comunicación alumno profesor; un elemento vital en el aprendizaje”. Trabajo para optar por el título de Licenciatura en Educación Especial, ISPEJV, Ciudad de La Habana, 1998.
- (29) Álvarez, M. I.: “Comunicación y educación”, en: Fernández, A. M.: **Comunicación educativa**, 2da ed., Ed. Pueblo y Educación, Ciudad de La Habana, 2002.
- (30) Fernández, A. M.: **Las habilidades comunicativas**, Centro Iberoamericano para la Formación Pedagógica y la Orientación Educacional, ISPEJV, Ciudad de La Habana, 1996, pp. 23-29.
- (31) López, L.: “La práctica de la comunicación”, en: **Comunicación Social. Selección de lecturas**, Ed. Félix Varela, Ciudad de La Habana, 2003, p.98.
- (32) González, J. C.: **Ambos. Autoexpresión y comunicación interpersonal en la organización**; Ediciones Logos, Ciudad de La Habana, 2005, p 102.
- (33) Miller, S. y otros: **Trabajando juntos. Interpersonal Communications Programs**, INC. 3ra.ed., Colorado, 1990, p.89.
- (34) Vidal, J. R.: “Aceptación y empatía actitudes comunicativas esenciales en la coordinación”, en: López, V. L.: **Comunicación social**, Ed. Félix Varela, Ciudad de La Habana, 2002, p.102.
- (35) González, J. C.: **Ambos. Autoexpresión y comunicación interpersonal en la organización**; Ediciones Logos. Ciudad de La Habana, 2005, p. 71.
- (36) *Ibid.*, pp.72-78.
- (37) *Op. cit.*24, p. 123.
- (38) López, L. R.: “Pensar en los valores”, en: **Ética y Sociedad**, t.I, Ed. Félix Valera, Ciudad de La Habana, 2002, pp. 165-190.
- (39) Arana, M. y T. Batista: “La educación en valores en la formación profesional”, en: López, L. R.: **Ética y Sociedad**, t.II, Ed. Félix Valera, Ciudad de La Habana, 2002, p. 169.
- (40) Hackspiel, M.: “El cuidado de una vida humana”, **Cuaderno de Bioética**, (1): 160-163, 1991.
- (41) Prieto, R. D.: “La salud como valor social”, **Cuaderno de Bioética**, (1): 58-59,1999.
- (42) Ben-Sira, Z.: “Affective and instrumental components in the Physician-Patient Relationship”, **J. Health Soc. Behav.**, 21: 170-180, 1980.

- (43) Friedson, E.: "Client control and Medical Practice", *American Journal of Sociology*, LXV (4): 374-382, 1960.
- (44) Black, F.: "What do the patient expect in a general practice consultation", *Aus. Fam. Physician*, 23(4): 722-723, 1994.
- (45) Morales, F.: *Psicología de la salud. Conceptos básicos y proyecciones de trabajo*, Ed. Científico-Técnica, Ciudad de La Habana, 1999, pp. 45-53.
- (46) Pérez, A. y X.Martín: "Educación en valores en los profesionales de las ciencias médicas", *Rev. Cub. Sal. Púb.*, 29(1): p.65, 2003.
- (47) Mateo, L. D. y R. Llays.: "The significance of patients perceptive of physician conduct: a study of patient satisfaction in a family practice center", *Journal of Community Health*, 6(1):187-198, 1980.
- (48) Mateo, L. D. *et al.*: "Relationship of physicians nonverbal communication skill to patient satisfaction appointment non compliance, and physician workload", *Health Psicol.*, 5(6): 581-594,1986.
- (49) Colectivo de autores: *La comunicación en la práctica médica. Atención Primaria de Salud*, Ed. Ciencias Médicas, Ciudad de La Habana, 2002, pp. 79-93.
- (50) Martín, M.: "Génesis de la comunicación", en: García J. y otros: *Teoría de la comunicación, epistemología, análisis de la referencia*, 2da. ed., Ed. Pablo de la Torriente, Ciudad de La Habana, 1982, p. 18.
- (51) Martín, M.: "La interacción comunicativa entre los seres vivos", en: García, J. y otros.: *Teoría de la comunicación, epistemología y análisis de la referencia*, 2da. ed., Ciudad de La Habana, Ed. Pablo de la Torriente, 1982, pp.37-52.
- (52) Vidal, J. R.: "Paradigmas básicos en la comprensión del proceso de comunicación", en: *Comunicación Social. Selección de lecturas*, Ed. Félix Varela, Ciudad de La Habana, 2003, pp. 3-10.
- (53) González, J. C.: "Comunicación interpersonal. Criterios para una definición", en: *Comunicación Social. Selección de lecturas*, Ed. Félix Varela, Ciudad de La Habana, 2003. pp. 12-20.
- (54) Batista, N.: "La racionalidad comunicativa y la formación profesional", en: *Ética y Sociedad*, Ed. Félix Varela, Ciudad de La Habana, 2003, p. 94.
- (55) Habermas, J.: *Teoría de la acción comunicativa*, t.I, Taurus, Madrid, 1987, p. 26.

- (56) Hoyos, G. y G. Vargas. “La teoría de la acción comunicativa como nuevo paradigma de investigación, en: *Ciencias Sociales: las ciencias de la discusión en Módulos de Investigación Social*. Módulo II. ICFES, Bogotá, 2002, p.203.
- (57) Vidal, J. R. “Paradigmas básicos en la comprensión del proceso de comunicación” en: *Comunicación Social. Selección de lecturas*, Ed. Félix Varela, Ciudad de La Habana, 2003, pp. 3-10.
- (58) Kaplún, M.: “Paradigmas y modelos de comunicación. Modelos de educación y modelos de comunicación”, en: López, L.: *Comunicación social. Selección de lecturas*, Ed. Félix Varela, Ciudad de La Habana, 2003, p.63.
- (59) Freire, P.: *La educación como práctica de la libertad*, Ed. Siglo XXI Editores, México, 1976.
- (60) Universidad de La Habana-Facultad de Comunicación Social: *Educación para los medios*, selección de textos de la Mención Educativa y Comunitaria, Ciudad de La Habana, 2004.
- (61) González, J. C.: “Comunicación interpersonal. Criterios para una definición”, en: López, L.: *Comunicación social. Selección de lecturas*, Ed. Félix Varela, Ciudad de La Habana, 2003, p.16.
- (62) López, L.: *Niveles del proceso de comunicación*, Ed. Félix Varela, Ciudad de La Habana, 2003, p.11.
- (63) Madden-Syles, A.: “El Consejo Internacional de Enfermeras y la reglamentación: modelos para el siglo XXI”, CIE, Ginebra, 2001, pp. 21-24.
- (64) Amaro, M. C.: “El método científico de enfermería, el proceso de atención, y sus implicaciones éticas y bioéticas”, *Rev. Cub. Enfer.*, vol.20, no.1, ene.-mar., 2004.
- (65) “Enfermería Viva” (Informe no.164), *Rev. ROL Enf.*, (22) 2:113-117, 1999.
- (66) Fajardo, M. E. y otros: “Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles y no visibles”, *Rev. Index Enf. Granada*, vol.13, no.46, 2004.
- (67) Amaro, M. C.: *Historia de la Enfermería*, disponible en [http:// www.bvs.sld.cu/libros/2004](http://www.bvs.sld.cu/libros/2004).
- (68) Aguirre, D. A.: “Fundamentos de la relación enfermera/enfermero-sujeto sano o enfermo”, *Rev. Cub. Sal. Púb.*,30 (4), 2004.
- (69) García, J. y otros: “Estilos de comunicación interpersonal”, en: *Relación y comunicación*, Ediciones DAE, España, 2000, p.87.

- (70) Varo, J.: *Gestión estratégica de la calidad de los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria*, Ed. Díaz Santos, Madrid, 1994, pp.87-99.
- (71) Sanz, C. y C. García.: “Dificultad en la relación médico paciente en somatizadores: reacciones del profesional y tipos de relación”, *Med. Clin. Barcelona*, 112: 147-150, 1999.
- (72) Torres, J. M.: “Reflexiones sobre funciones del personal de enfermería”, *Rev. Cub. Sal. Púb.*, 30(4): 2004.
- (73) OPS/OMS: Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (HSO). Programa de Desarrollo de los Recursos Humanos (HSR). La Enfermería en la Región de las Américas, septiembre, Washington DC, 1999.
- (74) UNAM-ENEO.: “La profesionalización de la Enfermería en México”, disponible en: <http://www.unam/mx/eneo/2000>.
- (75) Guevara, E.: “Cross Country Comparison of Health Care Trends and Impact on Nursing Practice”, PAHO, Washington, 1999.
- (76) Uribe, C.: *La enfermera ante el paciente moribundo*, Editorial de la Fundación pro Derecho a Morir Dignamente, Colombia, 2004, pp.1-4.
- (77) Lence J. J.: “El error... ¿de Hipócrates o de profesionales sanitarios inadaptados”, *Rev. Cub. Med.*, 42(2), 2003.
- (78) Amaro, M. C.: “Toma de decisiones éticas aplicadas a la especialidad de enfermería”, *Rev. Cub. Enfer.*, 20(3), sept., 2004.
- (79) OMS.: “Consejo Internacional de Enfermeras. Formulación de Estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000”, Ginebra, 1979, pp.1-7.
- (80) Organización Panamericana de la Salud.: “Enfermería en la Región de las Américas” *Publicación Científica*, no. 571, OPS-OMS, Washington, 1999.
- (81) “Nurse Effectiveness: Health and Cost-Effective Nursing Services”, PAHO, Washington, 1998.
- (82) Rodríguez, L. y otros. “Efectos de la asignación enfermera paciente a través de la evaluación clínica”, *Rev. Enf. IMSS*, 10 (2):73-78, 2002.
- (83) Ruiz, J.: “Cultura organizacional y desarrollo profesional en Enfermería (II)”, *Rev. ROL Enf.*, 22(2): 91-97, 1999.
- (84) Iyer, P.: *Proceso y diagnósticos de enfermería*, 3ra. ed., Ed. Mc-Graw Hill-Interamericana de México, 1995, pp.280-282.

- (85) Montagna, P.: "Professionalization and bureaucratization in large professional organizations", *The American Journal of Sociology*, 74(2): 138-145, 1968.
- (86) Ronald, C.: "The professional employee: A study of conflict the nursing roles", *American Journal of Sociology*, LXVI: 604-615, May, 1961.
- (87) García, N. y otros. "Entorno clínico de la enfermera en hemodiálisis en la provincia de Cádiz", *Rev. Soc. Esp. Enf. Nefrol.*, vol.7, no. 3, jul.-sept.,2004.
- (88) Litwak, E.: "Models of Burocracy of permit conflict", *American Journal of Sociology*, LVVII, p. 182, sept., 1961.
- (89) *Op. cit.* 65, pp.113-117.
- (90) Aiken, H. L y ;M. Margery: "Hospitales con magnetismo: un modelo de organización para mejorar los resultados de los pacientes", *Enfermería Clínica*, Center for Health Service and Policy Research. University of Pensylvania, 5(6):17-23, 1995.
- (91) Moreno, M. L.: "Burnout en enfermeros que laboran en los servicios de neonatología de Ciudad de La Habana", *Rev. Cub. de Sal. y Trabajo*, 4(1-2):33-38, 2003.
- (92) *Op.cit.* 24, p.57.
- (93) Vega, P. B.: "Desarrollo de las competencias comunicativas. Perspectivas y retos", en: *Revista Vorágine*, Colombia no. 15, pp. 26-31, 2001.
- (94) *Op.cit.*, 21.
- (95) Lotean; Y.: *Semiótica de la cultura*, Ediciones Cátedra, Madrid, 1979, p. 22.
- (96) Ruisánchez, Ma. C.: "Las competencias comunicativas en la enseñanza media", *Revista Científico Pedagógica Mendive*, Universidad Pedagógica, Pinar del Río, 1(1), octubre-diciembre, 2002.

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- “Enfermería Viva” (Informe no.164), *Rev. ROL Enf.*, (22) 2:113-117, 1999.
- “Lenguaje y comunicación. Competencia lingüística y comunicativa”, disponible en: <http://www.mundotutoriales.com/>, citado el 15 de mayo de 2005.
- “Nurse Effectiveness: Health and Cost-Effective Nursing Services”, PAHO, Washington, 1998.
- “Relaciones humanas en enfermería”, en: [www.uce.es/escuela/ciencias-salud-alg/](http://www.uce.es/escuela/ciencias-salud-alg/).
- Agudo, S. y E. Cabrera: “Interacción y competencia comunicativa. Experiencia sobre lectura y escritura en la escuela”, disponible en: <http://www.unal.edu.co/red/publicaciones>, citado en mayo de 2005.
- Aguirre, D. A. y *et al.*: “Relaciones entre los profesionales de enfermería, los enfermos y sus familiares”, en: *Memorias de la Convención de Ciencias Básicas Victoria de Girón*, Seminario Nacional de Ciencias Sociales, octubre, 2002, pp. 16-17.
- Aguirre, D. A.: “Bases teóricas para el desarrollo de las competencias comunicativas para el desarrollo de las competencias comunicativas en el enfermero profesional”. Presentado y publicado en la Convención de Ciencias Básicas Victoria de Girón. Seminario de Ciencias Sociales, octubre, 2002, pp.25-26.
- Aguirre, D. A.: “Fundamentos de la relación enfermero sujeto sano o enfermo”, disponible en <http://www.bvs.sld.cu.>, *Rev. Cubana Salud Pública*, 30(4), 2004.
- Aguirre, D. A.: “Psicología de la comunicación en el aula”, *Revista Electrónica Habanera*, 1(2), 2002.
- Aiken, H. L y ;M. Margery: “Hospitales con magnetismo: un modelo de organización para mejorar los resultados de los pacientes”, *Enfermería Clínica*, Center for Health Service and Policy Research. University of Pennsylvania, 5(6):17-23, 1995.
- Alberdi, R. M.: “Sobre las concepciones de la Enfermería”, *Rev. ROL de Enfermería*, no. 115, pp. 25-30, marzo, 1988.
- Álvarez, M. I.: “Comunicación y educación”, en: Fernández, A. M.: *Comunicación educativa*, 2da ed., Ed. Pueblo y Educación, Ciudad de La Habana, 2002.
- Amaro, M. C.: “El método científico de enfermería, el proceso de atención, y sus implicaciones éticas y bioéticas”, *Rev. Cub. Enfer.*, vol.20, no.1, ene.-mar., 2004.
- Amaro, M. C.: “Toma de decisiones éticas aplicadas a la especialidad de enfermería”, *Rev. Cub. Enfer.*, 20(3), sept., 2004.

- Amaro, M. C.: *Historia de la Enfermería*, disponible en [http:// www.bvs.sld.cu/libros/2004](http://www.bvs.sld.cu/libros/2004).
- Arana, M. y T. Batista: “La educación en valores en la formación profesional”, en: López, L. R.: *Ética y Sociedad*, t.II, Ed. Félix Valera, Ciudad de La Habana, 2002.
- Arcia, Ma.: “Propuesta de ejercicios para trabajar el desarrollo de habilidades comunicativas a través de textos diferentes”. Tesis en opción al grado de Master en Educación, ISPEJV, La Habana, 1999.
- Arjona, B. del Pilar.: “Satisfacción de la población por el ingreso en el hogar en los policlínicos “Carlos M. Portuondo” y “27 de Noviembre”. Tesis en opción al grado de Master en Psicología de la Salud, ENSAP, Ciudad de La Habana, 1998.
- Baptista L, P.; Fernández C, C.; y Sampieri H, R. “Metodología de la investigación”. La Habana: Ed. Pablo de la Torriente. 1999.p. 45-58.
- Barraza M, A. La revisión de literatura en el proceso de construcción del objeto de estudio en la investigación educativa en <http://www.galeon.com>. Universidad Pedagógica de Durango, 2003.
- Bas S, P. Programa teórico para el desarrollo de relaciones humanas de Enfermería. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Cádiz, actualizado el 12 de Septiembre del 2003.
- Batista, N.: “La racionalidad comunicativa y la formación profesional”, en: *Ética y Sociedad*, Ed. Félix Varela, Ciudad de La Habana, 2003.
- Báxter, P. E. La comunicación Educativa, ¿le corresponde sólo al maestro? Colección de artículos electrónicos del Instituto Central de Ciencias Pedagógicas. MINED; 2001.
- Bazdresch P, M. Las competencias en la formación de docentes. Citado 2004 Feb 23. Disponible en: [educacion.jalisco.gob.mx/consulta/educar/o5/bazdresc.html](http://educacion.jalisco.gob.mx/consulta/educar/o5/bazdresc.html)
- Beltrán, F.: “Desarrollo de la competencia comunicativa”, citado el 27 de octubre de 2004 en [http:// www.Universidadabierta.edu.mx/](http://www.Universidadabierta.edu.mx/) 2001.
- Ben-Sira, Z.: “Affective and instrumental components in the Physician-Patient Relationship”, *J. Health Soc. Behav.*, 21: 170-180, 1980.
- Berdayes M, J. D. “Los problemas profesionales de enfermería en la Atención primaria de Salud” Tesis en opción al Título de Master en Educación Superior, 2000. ENSAP, La Habana.



- Bernardo F, M. G.; García G, E. V.; Pomares B, E. El vínculo educación-comunicación en la formación integral de los profesionales de la Salud. Rev Cubana Educ. Med. Super. v.18 n.4 Ciudad de La Habana, sep.-dic. 2004.
- Black, F.: "What do the patient expect in a general practice consultation", *Aus. Fam. Physician*, 23(4): 722-723, 1994.
- Blanco F, S. Cuidados de enfermería. Sociedad española de Enfermería Oftalmológica. Vol. 1, Enero-Diciembre 2004.
- Boletín informativo No. 18 disponible en [www1.unne.edu.ar/copinter/copinternacional/desarrollo/2005/may4/](http://www1.unne.edu.ar/copinter/copinternacional/desarrollo/2005/may4/)
- Borroto R. y Salas P. El reto por la calidad y pertinencia. Rev. Cubana Educ. Med. Sup. 1999; 13(1): 80-91.
- Bravo C, T. Cultura organizacional en los sistemas de salud. ¿ Por qué estudiar la cultura?, Rev. Med. IMSS 2002; 40 (3), p.203 - 11.
- Calviño, M. "Actos de comunicación desde el compromiso y la esperanza". Ed. Logos: La Habana, 2004.
- Canale, M. y M. Swain: "Theoretical Bases of Communicative Approaches to Second Language Teaching and Testing", *Applied Linguistic*, vol.1, no.1, pp. 61-69, 1980.
- Cancio, C.: "El desarrollo de la competencia comunicativa en escolares de séptimo grado a partir del uso de diferentes códigos". Tesis en opción al grado de Master en Educación, ISPEJV, La Habana, 1998.
- Castillejo P, J. A. y Quesada J, F. Diploma de comunicación asistencial para profesional sanitario. Escuela Andaluza de Salud Pública. Disponible en <http://www.easp.es/formación/> citado 24 de mayo de 2005.
- Castillo, A.: *El sobresaliente y la competencia comunicativa*. Proyecto C.A.S., Colombia, 2000.
- Colectivo de autores: "Horizontes salud-enfermedad", disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria> 2000.
- Colectivo de autores: *La comunicación en la práctica médica. Atención Primaria de Salud*, Ed. Ciencias Médicas, Ciudad de La Habana, 2002.
- Cot, J. M.: "Hacia una descripción pedagógica de la competencia pragmática de los hablantes nativos de lengua inglesa", en: *Competencia comunicativa*, Edelsa, Madrid, 2000.
- de 1998 en <http://www.saludparalavida.cu..>

- Fajardo, M. E. y otros: "Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles y no visibles", *Rev. Index Enf. Granada*, vol.13, no.46, 2004.
- Fernández, A. M.: *Las habilidades comunicativas*, Centro Iberoamericano para la Formación Pedagógica y la Orientación Educacional, ISPEJV, Ciudad de La Habana, 1996.
- Fernández, A. M: "Habilidades para la comunicación y la competencia comunicativa", en: *Comunicación educativa*, 2da. ed., Ed. Pueblo y Educación, Ciudad de La Habana, 2002.
- Forgas, J. A.: "Diseño curricular por competencias: una alternativa para la formación de un técnico competente", ISP "Frank País". Ponencia presentada en Pedagogía 2003, Palacio de las Convenciones, La Habana, 2003.
- Freire, P.: *La educación como práctica de la libertad*, Ed. Siglo XXI Editores, México, 1976.
- Friedson, E.: "Client control and Medical Practice", *American Journal of Sociology*, LXV (4): 374-382, 1960.
- Fuentes, M.: "La comunicación alumno profesor; un elemento vital en el aprendizaje". Trabajo para optar por el título de Licenciatura en Educación Especial, ISPEJV, Ciudad de La Habana, 1998.
- García, H.I. y otros: "Competencia profesional y rasgos personológicos en profesionales de la atención primaria de salud", *Rev. Cub. Med. Gen. Integr.*, 16(3):233-238, 2000.
- García, J. y otros: "Estilos de comunicación interpersonal", en: *Relación y comunicación*, Ediciones DAE, España, 2000.
- García, N. y otros. "Entorno clínico de la enfermera en hemodiálisis en la provincia de Cádiz", *Rev. Soc. Esp. Enf. Nefrol.*, vol.7, no. 3, jul.-sept.,2004.
- González, J. C.: "Comunicación interpersonal. Criterios para una definición", en: *Comunicación Social. Selección de lecturas*, Ed. Félix Varela, Ciudad de La Habana, 2003.
- González, J. C.: *Ambos. Autoexpresión y comunicación interpersonal en la organización*; Ediciones Logos, Ciudad de La Habana, 2005.
- Guevara, E.: "Cross Country Comparison of Health Care Trends and Impact on Nursing Practice", PAHO, Washington, 1999.
- Habermas, J.: *Teoría de la acción comunicativa*, t.I, Taurus, Madrid, 1987, p. 26.

- Hackspiel, M.: “El cuidado de una vida humana”, *Cuaderno de Bioética*, (1): 160-163, 1991.
- Hospitalé, A.: “La competencia comunicativa: eje transversal en la experiencia de áreas integradas”, citado el 27 de octubre de 2004 en [http:// www.cep.edu.uy/red](http://www.cep.edu.uy/red).
- Hoyos, G. y G. Vargas. “La teoría de la acción comunicativa como nuevo paradigma de investigación, en: *Ciencias Sociales: las ciencias de la discusión en Módulos de Investigación Social*. Módulo II. ICFES, Bogotá, 2002, p.203.
- Hymes, D.: *Competencia comunicativa*, Ed. J. Pride and J. Holmes, 1972, p. 42.
- Iyer, P.: *Proceso y diagnósticos de enfermería*, 3ra. ed., Ed. Mc-Graw Hill-Interamericana de México, 1995, pp.280-282.
- Kaplún, M.: “Paradigmas y modelos de comunicación. Modelos de educación y modelos de comunicación”, en: López, L.: *Comunicación social. Selección de lecturas*, Ed. Félix Varela, Ciudad de La Habana, 2003, p.63.
- Lence J. J.: “El error... ¿de Hipócrates o de profesionales sanitarios inadaptados”, *Rev. Cub. Med.*, 42(2), 2003.
- Litwak, E.: “Models of Burocracy of permit conflict”, *American Journal of Sociology*, LVVII, p. 182, sept., 1961.
- López, L. R.: “Pensar en los valores”, en: *Ética y Sociedad*, t.I, Ed. Félix Valera, Ciudad de La Habana, 2002, pp. 165-190.
- López, L.: “La práctica de la comunicación”, en: *Comunicación Social. Selección de lecturas*, Ed. Félix Varela, Ciudad de La Habana, 2003, p.98.
- López, L.: *Niveles del proceso de comunicación*, Ed. Félix Varela, Ciudad de La Habana, 2003, p.11.
- Lotean; Y.: *Semiótica de la cultura*, Ediciones Cátedra, Madrid, 1979, p. 22.
- Madden-Syles, A.: “El Consejo Internacional de Enfermeras y la reglamentación: modelos para el siglo XXI”, CIE, Ginebra, 2001, pp. 21-24.
- Maingueneau, D.: *Genèses du discours*, Pierre Mardaga Editeur, Bruxelles, 1984, pp. 75-82.
- Martín, M.: “Génesis de la comunicación”, en: García J. y otros: *Teoría de la comunicación, epistemología, análisis de la referencia*, 2da. ed., Ed. Pablo de la Torriente, Ciudad de La Habana, 1982, p. 18.
- Martín, M.: “La interacción comunicativa entre los seres vivos”, en: García, J. y otros.: *Teoría de la comunicación, epistemología y análisis de la referencia*, 2da. ed., Ciudad de La Habana, Ed. Pablo de la Torriente, 1982, pp.37-52.

- Martínez, J. M.: “La comunicación de los familiares con el médico en rudimentos sobre la enfermedad de Alzheimer”, *Boletín Alzheimer* (novedades), Universidad de Navarra, Pamplona, 2004.
- Mateo, L. D. *et al.*: “Relationship of physicians nonverbal communication skill to patient satisfaction appointment non compliance, and physician workload”, *Health Psicol.*, 5(6): 581-594,1986.
- Mateo, L. D. y R. Llays.: “The significance of patients perceptive of physician conduct: a study of patient satisfaction in a family practice center”, *Journal of Community Health*, 6(1):187-198, 1980.
- Miller, S. y otros: *Trabajando juntos. Interpersonal Communications Programs*, INC. 3ra.ed., Colorado, 1990, p.89.
- Montagna, P.: “Professionalization and bureaucratisation in large professional organizations”, *The American Journal of Sociology*, 74(2): 138-145, 1968.
- Morales, F.: *Psicología de la salud. Conceptos básicos y proyecciones de trabajo*, Ed. Científico-Técnica, Ciudad de La Habana, 1999, pp. 45-53.
- Moreno, M. L.: “Burnout en enfermeros que laboran en los servicios de neonatología de Ciudad de La Habana”, *Rev. Cub. de Sal. y Trabajo*, 4(1-2):33-38, 2003.
- OMS.: “Consejo Internacional de Enfermeras. Formulación de Estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000”, Ginebra, 1979, pp.1-7.
- OPS/OMS: Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (HSO). Programa de Desarrollo de los Recursos Humanos (HSR). La Enfermería en la Región de las Américas, septiembre, Washington DC, 1999.
- Organización Panamericana de la Salud.: “Enfermería en la Región de las Américas” *Publicación Científica*, no. 571, OPS-OMS, Washington, 1999.
- Ortiz, E.: *¿Cómo desarrollar la competencia comunicativa del maestro?*, Colección Pedagogía 97, Palacio de las Convenciones, La Habana, 1997.
- Parra, J. F. y P. R.Más.: “La competencia comunicativa profesional pedagógica: una aproximación a su definición”, Colección Pedagógica digital, ISPEJV, Ciudad de La Habana, 2004.
- Pérez, A. y X.Martín: “Educación en valores en los profesionales de las ciencias médicas”, *Rev. Cub. Sal. Púb.*, 29(1): p.65, 2003.
- Prieto, R. D.: “La salud como valor social”, *Cuaderno de Bioética*, (1): 58-59,1999.
- Rico, R. E e I. C. Gutiérrez. “Aproximaciones al concepto de competencia”, *Revista Vorágine*, Colombia, no. 15, pp. 21-25, 2001.

- Rodríguez, J. E.: “Enfermería sin contornos”, **Evidentia** (serie de internet), enero-abril, 2004. Citado el 8 de abril de 2001, disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/>.
- Rodríguez, L. y otros. “Efectos de la asignación enfermera paciente a través de la evaluación clínica”, **Rev. Enf. IMSS**, 10 (2):73-78, 2002.
- Roméu, A.: **Teoría y práctica del análisis del discurso. Su aplicación en la enseñanza**, Ed. Pueblo y Educación, Ciudad de La Habana, 2003, p. 45.
- Roméu, A.: “El enfoque cognitivo, comunicativo y de orientación sociocultural. Dimensiones e indicadores de la competencia cognitiva, comunicativa, sociocultural”. Ponencia presentada en Pedagogía 2005, Palacio de las Convenciones, Ciudad de La Habana, 2005.
- Ronald, C.: “The professional employee: A study of conflict the nursing roles”, **American Journal of Sociology**, LXVI: 604-615, May, 1961.
- Ruisánchez, Ma. C.: “Las competencias comunicativas en la enseñanza media”, **Revista Científico Pedagógica Mendive**, Universidad Pedagógica, Pinar del Río, 1(1), octubre-diciembre, 2002.
- Ruiz, J.: “Cultura organizacional y desarrollo profesional en Enfermería (II)”, **Rev. ROL Enf.**, 22(2): 91-97, 1999.
- Sanz, C. y C. García.: “Dificultad en la relación médico paciente en somatizadores: reacciones del profesional y tipos de relación”, **Med. Clin. Barcelona**, 112: 147-150, 1999.
- Tazón, Ma. P.: **Relación y Comunicación**, Ediciones DAE, Madrid, 2000, p. 67.
- Tomey, A. M. y M. Alligood.: **Modelos y teorías de enfermería**, 4ta. ed., Ed. Harcourt, Madrid, 2000, p.24.
- Torres, J. M.: “Reflexiones sobre funciones del personal de enfermería”, **Rev. Cub. Sal. Púb.**, 30(4): 2004.
- UNAM-ENEO.: “La profesionalización de la Enfermería en México”, disponible en: <http://www.unam/mx/eneo/2000>.
- Universidad de La Habana-Facultad de Comunicación Social: **Educación para los medios**, selección de textos de la Mención Educativa y Comunitaria, Ciudad de La Habana, 2004.
- Urbina, O. y otros: “El modelo de actuación de Enfermería y su valor humanista”, **Rev. Educ. Med. Super.**, 17(3):27-32, 2003.

- Uribe, C.: *La enfermera ante el paciente moribundo*, Editorial de la Fundación pro Derecho a Morir Dignamente, Colombia, 2004, pp.1-4.
- Van D, T.(compilador): “El discurso como interacción en la sociedad” en: *El discurso como proceso de interacción social. Estudios sobre el discurso II*, Ed. Gedisa, Barcelona, 2000, pp. 19-66.
- Varo, J.: *Gestión estratégica de la calidad de los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria*, Ed. Díaz Santos, Madrid, 1994, pp.87-99.
- Vega, P. B.: “Desarrollo de las competencias comunicativas. Perspectivas y retos”, en: *Revista Vorágine*, Colombia no. 15, pp. 26-31, 2001.
- Vidal, J. R. “Paradigmas básicos en la comprensión del proceso de comunicación” en: *Comunicación Social. Selección de lecturas*, Ed. Félix Varela, Ciudad de La Habana, 2003, pp. 3-10.
- Vidal, J. R.: “Aceptación y empatía actitudes comunicativas esenciales en la coordinación”, en: López, V. L.: *Comunicación social*, Ed. Félix Varela, Ciudad de La Habana, 2002, p.102.
- Zaldívar, D.: “Competencia comunicativa y relaciones interpersonales”, citado el 23 de agosto Baena J. Influencia de los medios de comunicación en la imagen social de enfermería. Disponible en [http:// www.ntic.uem.es/encampus/](http://www.ntic.uem.es/encampus/) Universidad Europea de Madrid. Citado el 24 de mayo de 2005.