

**ANÁLISIS DEL MODELO SISTÉMICO DE LA COMUNICACIÓN HUMANA INTERPERSONAL
PARA DETERMINAR EL PERFIL COMUNICATIVO DEL PERSONAL ASISTENCIAL EN
UNIDADES DE CUIDADO CRÍTICO**

**Rosa Paola Leguizamo Galvis
Dalia Vanessa Ballesteros Pérez
Angie Carolina Grajales Rodríguez**

Fonoaudiología

**Facultad Ciencias de la Salud
Corporación Universitaria
Iberoamericana**



ANÁLISIS DEL MODELO SISTÉMICO DE LA COMUNICACIÓN HUMANA
INTERPERSONAL PARA DETERMINAR EL PERFIL COMUNICATIVO DEL PERSONAL
ASISTENCIAL EN UNIDADES DE CUIDADO CRÍTICO

Rosa Paola Leguizamo Galvis
Dalia Vanessa Ballesteros Pérez
Angie Carolina Grajales Rodríguez

Luis Antonio Daza Castillo

Diciembre 20 de 2019

Resumen

En esta investigación se presenta el proceso de creación de la Encuesta basada en el modelo Sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal para Caracterizar el perfil comunicativo del personal de salud en las unidades de cuidado crítico con el fin de proveer evidencia que permita analizar el impacto de la comunicación en la humanización de los servicios de salud y por tanto en la calidad de los mismos. La comunicación entre profesionales de la salud-paciente es fundamental para que el cuidado sea más humano; a través de la comunicación el profesional asistencial puede reconocer al paciente y de algún modo comprenderlo.

De esta forma se da evidencia del proceso de creación del instrumento, la aplicación y el análisis observacional directo para poner en puesta, la correlación entre el perfil evidenciado y los hallazgos de la encuesta; desde la definición operacional del constructo a medir, avalada por un grupo de expertos. El método de investigación implementado es de tipo cuantitativo, con un diseño descriptivo observacional, conforme a la recolección de información sobre la comunicación y el trabajo de profesionales en las unidades de cuidado crítico desde la humanización.

La población ha sido tomada en cuenta a conveniencia para la recolección de datos, involucrando a personal asistencial inmerso dentro de las áreas de las unidades de cuidados intensivos.

Al analizar el Modelo Sistémico de la Comunicación Interpersonal y establecer el perfil comunicativo de los profesionales encuestados desde su autopercepción, podemos observar que la mayoría cuenta con herramientas suficientes para enfrentar un proceso de interacción comunicativa con sus pacientes teniendo en cuenta el estado del paciente, sus necesidades y las de sus familiares, sin embargo, se observa que el 50% de los profesionales encuestados presentan ansiedad ante la interacción con personas con discapacidad que se encuentran en las unidades de cuidado crítico.

Dentro de las conclusiones, se evidencia que los profesionales de la salud hacen uso de la modalidad no verbal y respuestas dicotómicas de sí y no para interactuar con los pacientes que se encuentran hospitalizados en las unidades de cuidado crítico, sin embargo, es necesario que

se reconozca que se pueden combinar las estrategias ya identificadas según sea el caso de cada paciente, con el fin de permitir una comunicación más efectiva.

Palabras Clave: Comunicación Interpersonal, humanización, habilidades comunicativas, UCI, atención

Abstract

Different studies show that communication at all massive, community and interpersonal levels plays an important role in the dissemination of knowledge, in behavioral changes, values and social norms that contribute to the improvement of the quality of life.

The objective of this research is to carry out a characterization of the communicative profile of health personnel in critical care units in order to provide evidence that allows analyzing the impact of communication on the humanization of health services. The research method implemented is qualitative, with an observational descriptive design. The validation of the instrument reaches a Cronbach's alpha of 0.77 which confirms that it is reliable.

When analyzing the Systematic Model of Interpersonal Communication and establishing the communicative profile of the professionals surveyed from their self-perception, we can observe that the majority have sufficient tools to face a process of communicative interaction with their patients taking into account the patient's condition, their Needs and those of their relatives, however, it is observed that 50% of the pre-professionals surveyed are anxious about the interaction with people with disabilities who are in the critical care units.

Within the conclusions, it is evidenced that health professionals make use of the nonverbal modality and dichotomous responses of yes and no to interact with patients who are hospitalized in critical care units, however, it is necessary that recognize that the strategies already identified can be combined according to the case of each patient, in order to allow more effective communication.

KEY WORDS: Communication, interpersonal relationships, humanization, communication skills, ICU.

Tabla de Contenido

	pág
INTRODUCCION	9
Capítulo I	14
1.1 Marco teórico	14
1.2 Antecedentes Legales	26
1.3 Antecedentes Investigativos	26
Capítulo II	29
2.1 Tipo de estudios	29
2.2 Población	29
2.3 Definición de Variables	30
2.4 Procedimiento e instrumentos	52
2.5 Alcances y limitaciones	54
Capítulo III	55
3. Resultados	55
Capitulo IV	80
4. Discusión	80
Capítulo V	83
5. Conclusiones	83
5.1 Cumplimiento de objetivos y aportes	83
5.2 Producción asociada al proyecto	84
5.3 Líneas de trabajo futuras	84
ANEXOS	85
REFERENCIAS	89

Índice de Gráficas

	pág
Gráfica 1	55
Gráfica 2	55
Gráfica 3	56
Gráfica 4	57
Gráfica 5	57
Gráfica 6	58
Gráfica 7	59
Gráfica 8	59
Gráfica 9	60
Gráfica 10	60
Gráfica 11	61
Gráfica 12	61
Gráfica 13	62
Gráfica 14	62
Gráfica 15	63
Gráfica 16	63
Gráfica 17	64
Gráfica 18	64
Gráfica 19	65
Gráfica 20	65
Gráfica 21	66
Gráfica 22	67
Gráfica 23	67
Gráfica 24	68
Gráfica 25	68
Gráfica 25	69
Gráfica 27	69
Gráfica 28	70
Gráfica 29	70
Gráfica 30	72
Gráfica 31	71
Gráfica 32	71
Gráfica 33	72
Gráfica 34	72
Gráfica 35	72
Gráfica 36	73
Gráfica 37	73

Gráfica 38	74
Gráfica 39	74
Gráfica 40	75
Gráfica 41	75
Gráfica 42	76
Gráfica 43	76
Gráfica 44	77
Gráfica 45	77
Gráfica 46	78
Gráfica 47	79

Índice de Anexos

	pág
Consentimiento informado	86
Encuesta basada en el Modelo Sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal	87

Introducción

Para el ser humano, como ser social, la comunicación es un aspecto de la vida fundamental, ya que permite transmitir información e intercambiar o compartir ideas, lo que enriquece la experiencia humana. Dentro del ámbito clínico-hospitalario se hace necesario analizar y evidenciar las habilidades comunicativas de los profesionales de salud vinculados a las unidades de cuidado crítico, por la limitación visible que prevalece en este ámbito; con mayor énfasis en la relación paciente- profesional de la salud, mediado por las condiciones clínicas que este padece.

El campo de la comunicación en salud ha demostrado su naturaleza interdisciplinaria la cual es esencial para el éxito de sus programas y el desarrollo de roles profesionales, pues una comunicación interpersonal desacertada tiene efectos desfavorables, no solo para el equipo profesional, sino también, para la relación con el paciente y su familia. A pesar del conocimiento de esta información, se hacen evidentes algunas deficiencias en los profesionales del área de la salud para el desarrollo de relaciones comunicativas eficaces y uso de estrategias para resolver problemas de comunicación con el paciente crítico.

Desde el Modelo Sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal; la comunicación, es entendida como un fenómeno social, un proceso intersubjetivo y como un sistema, lo cual permite trascender de las concepciones atomizadas centradas en los procesos de habla, lenguaje y audición, a una concepción más amplia: la interacción, dónde se ponen en juego las capacidades y potencialidades de cada participante del acto comunicativo, en donde se destacan las modalidades comunicativas y las situaciones comunicativas, así como las condiciones sociales, históricas y culturales. (Bernal, Pereira and Rodríguez, 2018, pág. 5)

Teniendo en cuenta que esta investigación se desarrolla dentro de las unidades de cuidado crítico, uno de los factores a tener en cuenta dentro del proceso de estancia hospitalaria ha sido el de la comodidad y el confort del paciente; Kolcaba (2011) define comodidad dentro de 3 aspectos: “alivio, tranquilidad y trascendencia, los cuales están desarrollados en cuatro

contextos: físico, psicoespiritual, ambiental y social, teniendo como fin la satisfacción de las necesidades del paciente”. (p.1303).

Por ende, la relación comunicativa existente en el ámbito hospitalario, conlleva a que los profesionales encargados de la atención y el cuidado del paciente, tengan la necesidad de desarrollar habilidades para ser empáticos, escuchar, dar y recibir información y mantener un adecuado control en la regulación emocional de forma bidireccional.

Cada uno de estos aspectos permiten fortalecer el cuidado y el confort del paciente, mejorando el impacto en los limitantes hospitalarios sobre las dificultades en la afectación lingüística y comunicativa evidenciada, además del factor emocional. Este despliegue de sentimiento humanista entre profesional de la salud y paciente/ familia requiere trato digno, tiempo, comunicación y comprensión.

Por otro lado, es importante resaltar que desde La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) que constituye el marco conceptual de la Organización Mundial de la Salud , establece un lenguaje estandarizado para describir la salud y las dimensiones que se encuentran relacionadas con ella, teniendo en cuenta de esta manera la comunicación en el capítulo 3 donde refieren que: “Este capítulo trata tanto sobre los aspectos generales como sobre los específicos de la comunicación a través del lenguaje, los signos o los símbolos, incluyendo la recepción y producción de mensajes, llevar a cabo conversaciones y utilización de instrumentos y técnicas de comunicación”. (OMS, 2001, p.143), es entonces primordial enfatizar en que el lenguaje y la comunicación son transversales e inherentes al desarrollo de cualquier profesión de la salud.

A medida que los profesionales de la salud incrementan su experticia profesional, de forma paralela deben adquirir experticia en el desarrollo de las relaciones interpersonales, no solo con el grupo interdisciplinario del equipo de trabajo, sino, en el manejo del paciente y su familia, alcanzando habilidades en la regulación y control emocional, que les permita ser efectivos y eficaces en la interacción con el otro.

Particularmente, para el caso de los pacientes en cuidado crítico, el manejo de la comunicación es vital, ya que uno de los factores irrumpidos como ser social es la interacción comunicativa, traduciéndose en dificultades para establecer interacción con el entorno, lo que ocasiona pérdida de la autonomía y restricción para tener un rol activo dentro de su vida cotidiana.

En consecuencia, con todo lo anterior, este estudio permitirá conocer aquellas dificultades comunicativas que se presentan entre la interacción de profesionales de la salud y el paciente en condiciones críticas de salud, así como, la autopercepción de las habilidades comunicativas que refieren los profesionales en su vida personal y quehacer profesional, estableciendo cual es el perfil comunicativo de los profesionales de salud inmersos en unidades de cuidado crítico.

Problema

La comunicación es una habilidad fundamental para el ser humano, pues está involucrada en gran parte de las actividades que realiza. Cuando la comunicación se altera por factores intrínsecos o extrínsecos a las personas, genera malestar y disminución en la calidad de vida. Particularmente, en las Unidades de Cuidado Crítico se presentan alteraciones de comunicación pues existen condiciones de salud en los pacientes que interfieren en el funcionamiento del habla, del lenguaje y de la voz, por ejemplo, en pacientes con ventilación mecánica o traqueostomía. Los profesionales de la salud inmersos en este contexto se enfrentan a dificultades para establecer la interacción comunicativa con este tipo de pacientes, dando lugar a discomfort, malos entendidos y frustración de los interlocutores; adicionalmente, se corre el riesgo de una atención en salud riesgosa y de baja calidad.

Como lo menciona Pons (2006) citando a Bensing, Schreurs y De Rijt (1996); Harrison (1996); Rodríguez y Mira (2002), los pacientes que consideran una atención en salud satisfactoria son los que han recibido un trato humano por parte del profesional sanitario, en donde se destacan como elementos fundamentales “la empatía mostrada por los profesionales, la información comprensible que éstos aportan, el tiempo que dedican a la relación personal con el paciente y la posibilidad que el paciente tiene de expresarse”. De esta manera la interacción

comunicativa es una herramienta necesaria de trabajo para todo profesional sanitario, toda vez que permite prestar un servicio humanizado y de calidad.

Dado que la interacción comunicativa tiene un alto impacto sobre la calidad en la prestación del servicio, particularmente en la humanización, los profesionales de enfermería y medicina, y en general el personal sanitario, debe tener una clara conciencia de su comportamiento comunicativo, sus habilidades, destrezas y falencias, por tanto, su perfil comunicativo, idealmente debe ser el de un comunicador humano, efectivo y eficiente e integrarlo dentro de sus competencias profesionales. De ahí, surge la necesidad de establecer los perfiles comunicativos existentes para identificar las fortalezas y debilidades y así poder modificarlos y/o mejorarlos.

Objetivos

Objetivo General

Caracterizar el perfil comunicativo del personal de salud en las unidades de cuidado crítico por medio de encuestas basadas en el Modelo Sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal con el fin de proveer evidencia que permita analizar el impacto de la comunicación en la humanización de los servicios de salud y por tanto en la calidad de los mismos.

Objetivos específicos

- a. Describir las características demográficas de edad, sexo y nivel educativo de los participantes del estudio.
- b. Describir el perfil comunicativo de los participantes basado en el MCHI en las dimensiones interpersonal y sociocultural a partir de la operacionalización de las variables en una encuesta.
- c. Analizar la interacción comunicativa paciente-profesional en una Unidad de Cuidado Intensivo adulto.
- d. Analizar el impacto de la comunicación en la humanización de la salud.

Justificación

Teniendo en cuenta los antecedentes, se observa que la investigación en torno a la caracterización del perfil comunicativo de los profesionales de la salud es de gran relevancia, pues es determinante en la calidad de la atención y en la recuperación del paciente en Unidad e Cuidado Crítico. Como lo plantean Rodríguez y Duarte (abril de 2018) citando a Grossbach, Stranberg y Chlan (2010), “la comunicación dentro de una UCI, tiene un importante papel que va desde la manifestación de necesidades básicas, respecto al bienestar físico, expresión de dolor, ahogo y hambre; hasta la toma de decisiones trascendentales como la elección y/o continuidad de tratamiento médico y/o asistencial e incluso la continuidad de la vida”.

En este sentido, se ha demostrado que la intervención del fonoaudiólogo como consultor en comunicación, mejora las habilidades de comunicación de los profesionales de salud (Happ, Garrett, Tate, et.al., 2014). Esta mejora en las habilidades de comunicación de los profesionales de salud en las UCI, trae beneficios para el paciente, la familia y entre los profesionales de la salud, mejorando la calidad en la atención y disminuyendo el riesgo de eventos adversos.

La caracterización del perfil comunicativo permitirá evaluar la aplicabilidad del Modelo de Comunicación Humana Interpersonal en entornos clínicos, particularmente en Unidades de Cuidado Crítico, por otra parte, permitirá a los académicos comprender la importancia de la comunicación en la atención del paciente y finalmente, se espera el diseño de un programa de entrenamiento en habilidades de comunicación que sea aplicado en instituciones con Unidades de Cuidados Crítico.

Capítulo 1 – Fundamentación conceptual y teórico

1.1 Marco Teórico

a. MODELO SISTÉMICO DE LA COMUNICACIÓN

El modelo sistémico comprende al individuo en su contexto y expresa que la relación entre las personas y su entorno está sujeta a una dinámica circular de influencias recíprocas.

El modelo sistémico al comprender al ser humano y mirarlo como una persona integral, se encarga detalladamente de describir cada una de sus características que posee el ser humano, estas son propias de la persona y se ven reflejadas de manera intraindividual (funciones de la persona), interpersonal (fenómeno tú y yo) y social inmerso en el contexto donde es evidenciada la participación, estas tres dimensiones construyen a la persona en un todo.

Esta visión de hombre en el Modelo Sistémico justifica las dimensiones constitutivas que se deben explorar en todo análisis comunicativo. Es decir, que hombre y comunicación son una unidad indisoluble, el hombre está reflejado en su comunicación y la comunicación identifica al hombre en todos sus elementos constitutivos. El hombre como ser social nunca podrá prescindir de la comunicación, siendo necesario para el fonoaudiólogo transcender la visión individual del comunicador para su completitud. (Bernal Rodríguez S. G., 2003)

Aportes de los diferentes enfoques al Modelo Sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal (Bernal, Pereira, Rodríguez, 2018)

- Teoría de la acción comunicativa: Es producto de la investigación y el análisis sobre aspectos como la racionalidad, el sujeto, los regímenes políticos y la modernidad. Surge para explicar y superar las contradicciones entre los métodos materialistas y trascendentales, en torno a una nueva teoría crítica de la sociedad, dentro de sus aportes se destaca que los agentes comunicativos interactúan entre sí. “La acción comunicativa se define como la interacción entre dos sujetos capaces de comunicarse lingüísticamente y de efectuar acciones para establecer una relación interpersonal y alcanzar el entendimiento mediante la racionalidad comunicativa; definida como

aquella que hace posible el actuar comunicativo como forma máxima de la interacción social de los sujetos”

- Interaccionismo simbólico: Nació durante los años veinte en la Universidad de Chicago como oposición radical al reduccionismo psicológico del conductismo y el funcionalismo estructural.

El mundo social es algo esencial y prioritario, pues allí es donde el hombre construye su personalidad (self), por influencia de los procesos comunicativos y las interacciones sociales, de las cuales una importante es la comunicación interpersonal. La facultad de pensamiento permite a las personas actuar reflexivamente, pues están dotadas de una capacidad general de pensamiento que se conforma y refina mediante el proceso de la interacción social. Las personas aprenden los significados y los símbolos durante la interacción y la socialización. La interacción social implica dos o más actores en acción social mutua pues existe un intercambio comunicativo mediado por símbolos.

- Personalismo dialógico: Surgió en Europa durante la primera mitad del siglo XX en respuesta a un complejo conjunto de temas sociales, culturales y filosóficos: el individualismo, los colectivismos el materialismo cientificista, la crisis de valores, la mujer, las relaciones interpersonales y la comunidad entre otros. Sitúa a la persona en el centro de toda su reflexión, su estructura conceptual y su actuación, el hombre accede a la categoría de persona a través de la relación yo-tú; de aquí que se defina como dialógico; establece y concibe la comunicación entre personas –intersubjetiva- como un camino de realización personal. La comunicación es una interacción que supone un vínculo entre al menos dos sujetos y que implica reciprocidad; el producto de la interacción es el enriquecimiento de los sujetos implicados; como producto de esta interacción surge algo nuevo.
- Escuela de Palo Alto California: Nace en el año 1942, muy cerca del sur de San Francisco, Estados Unidos. Por oposición al modelo lineal de Shannon y Weaver, conocido como el “Modelo telegráfico” de emisor- receptor. La comunicación es un proceso permanente y multidimensional, un todo integrado, comprensible solo en el marco del contexto en el que tiene lugar; es decir, entran en juego otros elementos contextuales, además del emisor, el mensaje y el receptor. Comunicar implica

construir un sentido en la interacción. La comunicación contempla todos los procesos mediante los cuales las personas se influyen mutuamente durante la interacción, un proceso social permanente donde se integran múltiples modos de acción: el gesto, la proxemia, la mirada y la palabra; estos modos de acción están influenciados por la cultura y son los que contribuyen a la construcción de significados. Lo anterior explica la comunicación desde un enfoque sistémico Fuente.

Dimensiones y variables comunicativas en el Modelo Sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal MSCHI (Bernal, Pereira, Rodríguez, 2018)

- **Dimensión intraindividual o intrapersonal:** Esta dimensión se encuentra relacionada con las condiciones, capacidades y potencialidades individuales que definen y determinan a la persona que se comunica, estas individualidades entran se tienen en cuenta en el proceso de interacción y a la vez lo determinan. Sus variables están constituidas por el devenir del sujeto, con su historia personal y con su desarrollo como persona de acuerdo con su ciclo vital y roles.

Variables: Biológica, psicológica, lingüística y psicolingüística

- **Dimensión interpersonal:** Para el Modelo Sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal, esta dimensión se relaciona directamente con el objeto de estudio de la fonoaudiología, ya que, es en el espacio interaccional donde se ponen en juego todas las dimensiones y sus variables tanto intraindividuales como socioculturales. El espacio interpersonal es el escenario donde cara a cara se logra o no cada intención y propósito comunicativo, donde se pone al servicio y dispone de los saberes, capacidades y habilidades en emisores y receptores como co-creadores de una realidad intersubjetiva, en esa diada primigenia de un encuentro comunicativo.

Variables: Contextual: microcontextual, pragmática, metacognición

- **Dimensión sociocultural:** En coherencia con lo anterior esta dimensión es parte constituyente del comunicador, es el escenario de fondo y a la vez en construcción, pues la construcción social solo es posible en la acción comunicativa. También, al

tener en cuenta que, el hombre y la comunicación son sistemas abiertos, se identifica una dinámica de interacción e intercambio, es decir, el sujeto es transformado en la interacción interpersonal y social y a la vez el sujeto transforma a la sociedad y al otro.

Variables: Trasfondo cultural, variaciones sociolingüísticas, participación social

b. HUMANIZACION EN SALUD

Humanización: (Ministerio de la protección social, 2019) La humanización se concibe como un imperativo ético para el Sistema de Salud, más allá de ser un atributo del servicio, producto o información, de cada una de las organizaciones o actores que lo conforman.



Investigaciones como las de Blázquez-Manzano et al. (2012), Casado (2012), De Haro (2012), González (2012), Lifshitz (2012)³⁶ y Sandín et al. (2012) confirman que existe una preocupación generalizada en la comunidad científica sobre la calidad de la comunicación del personal asistencial con el paciente, así como de los procesos intervinientes que afectan a esa comunicación y sobre la mejora de la calidad asistencial. Es por ello que teniendo en cuenta los antecedentes presentados y con el fin de disminuir la ocurrencia de eventos adversos originados por errores o fallas durante el proceso de comunicación entre las personas que interactúan

durante la atención a los pacientes, se presentan las principales fallas y las prácticas seguras que evitaban la aparición de los eventos.

Según Bermejo, humanizar es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización.

La humanización de la salud implica una confrontación entre dos culturas distintas, entre dos maneras de ver el mundo. Por una parte, una cultura que privilegia el valor de la eficacia basada en los resultados de la tecnología y la gerencia y, por otra, la cultura que da la primacía al respeto por la persona, por su autonomía y la defensa de sus derechos.

Por ello es de gran importancia tener en cuenta la preparación de los profesionales en salud para la concientización y sensibilización con respecto a la atención de los usuarios, que debe realizarse en el contexto de la ética y los valores, de este modo se pretende atender al paciente y suplir sus necesidades a nivel físico, emocional, intelectual y social.

El concepto de humanización ha ocupado lugar de destaque en las actuales prácticas de reconstrucción de la salud, en el sentido de mayor integridad, efectividad y acceso. La humanización de la atención recuperó su esencia en la atención de los servicios de salud; ahora que tanto se habla de medición de los procesos de calidad institucional, este es un criterio fundamental. Por ello es primordial expresarlo de manera clara en los principios filosóficos que orientan el quehacer institucional.

La humanización bajo el punto de vista de la hermenéutica significa la (re) organización de las prácticas de salud, retratando el compromiso de las tecnociencias en sus medios y fines, con la realización de valores humanos. Humanizar visa el proceso de subjetivación para producir cuidados en salud combatiendo la despersonalización y el reconocimiento y respeto al otro con distinción cultural.

c. COMUNICACIÓN Y HUMANIZACION

Comunicación como fenómeno social

Uno de los atributos que posee el hombre y que lo identifican como ser social, que lo caracterizan como perteneciente a la raza humana y que lo distinguen como sujeto, es la comunicación.

◇ La comunicación humana ha sido vista como un fenómeno social en el sentido existencial, como capacidad de acción que tiene el hombre para sobrevivir, como una forma sin-equan-non para existir, lo cual significa que la existencia del hombre solo es posible a través de la comunicación y la de ésta solo es posible a través de la existencia del hombre. En este sentido comunicación y hombre son los dos elementos centrales de la subsistencia humana.

◇ El hombre desde que nace convive con la comunicación como la forma más importante de interacción social, interacción con fines de socialización, desarrollo, mantenimiento, preservación y transmisión de cultura, la cual es explicada como todos aquellos aspectos contruidos y compartidos en los grupos humanos. Dicha interacción social, se constituye en el soporte sobre el cual se construye una imagen del mundo material y social que va a servir de base para la actuación de los sujetos en la vida cotidiana a nivel individual y colectivo, facilitando de esta forma el establecimiento y dinamización de las relaciones sociales necesarias para el conocimiento y transformación del mundo físico y para la construcción del mundo social.

◇ El hombre se construye como tal en la interacción comunicativa, siempre en la necesidad social de identificarse como persona a través del reconocimiento de la existencia de otros, situación que se produce en los niveles primero interpersonal y luego intercultural.

◇ La comunicación es un requisito y un resultado del proceso de socialización del individuo.

◇ La comunicación tiene una función emancipadora para el hombre. (Bernal Rodríguez S. G., 2001a)

Comunicación humana interpersonal

Al hacer referencia a la comunicación humana, lo primero que se podría decir es que esta

es una condición innata de la especie, lo que también la hace una construcción natural propia del devenir del hombre; un aspecto que se desarrolla y se reconstruye a partir de la interacción con otros mediante la negociación de significados, convirtiéndose en un proceso que es a la vez fundamental y vital. Sobre esto, Álvarez (2010, citando a Feldmann, 1977) anota que el hombre depende de sus relaciones con otros, bien sea en familia, grupo, pareja o comunidad, pues esto contribuye a su dignidad de ser humano; a su pertenencia a una cultura, al establecimiento de su condición humana. A lo largo de la historia el estudio de la comunicación ha evolucionado, es así como las teorías tradicionales la explican como un sistema lineal en el cual la información es transmitida en una sola dirección: del emisor al receptor, considerando a éstos como entes pasivos; en tanto que las teorías modernas, introdujeron el concepto de bidireccionalidad y conciben a los interlocutores como sujetos activos, en continua interacción y relación con los demás elementos del proceso comunicativo. Esta nueva perspectiva otorga una gran importancia a los aspectos sociales y culturales que influyen y determinan cada una de las situaciones comunicativas. Esta evolución representa un gran cambio en el paradigma que pasa de entender al lenguaje como una capacidad para representar la realidad, a entenderlo como las acciones y relaciones que contribuyen en la construcción de la realidad.

Entonces desde este nuevo enfoque de la comunicación, la unidad de análisis es la interacción comunicativa, pues es en esta interacción se generan el sentido, y los sistemas simbólicos, representativos y normativos con los que se interpreta el mundo; en suma, se genera la realidad social. Lo anterior, por oposición al esquema tradicional en el que se estudian los elementos de la comunicación por separado.

Comunicación como proceso intersubjetivo

◇ El hombre accede a la categoría de persona, gracias a la interacción que logra establecer con otros desde que nace; relación yo-tú.

◇ La comunicación supone un vínculo recíproco entre dos sujetos a través del cual estos se enriquecen como personas y por ende alcanzan su realización personal.

◇ En el proceso de interacción con otros se conforma y desarrolla la capacidad de pensamiento, por tratarse de interacciones simétricas o complementarias

La comunicación entre dos subjetividades les permite a ambas el desarrollo de sus

potencialidades y capacidades. (Bernal Rodríguez S. G., 2001a)

Comunicación como sistema

◇ Hombre y comunicación son estructuras abiertas que, al funcionar como sistemas, poseen componentes, funciones y relaciones.

◇ La comunicación es un sistema abierto y dinámico que cumple con las propiedades básicas de todo sistema:

Sobre adición: Un sistema comunicativo es algo más que la simple suma de sus miembros y las propiedades del sistema son más que las propiedades de sus miembros.

Tendencia estabilizadora: Para el mantenimiento de la propia estabilidad frente al entorno, e incluso frente a los propios miembros que parecen poner en peligro dicha estabilidad, hay en el sistema mecanismos negativos de realimentación y control

Meta reglas: Reglas que hacen posible un cambio o una evolución ulterior del sistema. Mediante éstas, el sistema está en grado de acomodarse a las condiciones cambiantes con relación a sus miembros o a las circunstancias externas.

Apertura: Los sistemas de interacción como los sistemas abiertos en contraste con los cerrados, se caracterizan, por poder comunicar también con el mundo ambiental. En tales sistemas, la comunicación tiene lugar no solo dentro del propio sistema entre sus miembros, sino también entre el sistema y por ende con cada uno de sus miembros y el entorno.

Equifinalidad: En un sistema abierto los resultados (referidos a alteraciones o variaciones del estado en un lapso), no se hayan determinados ni por las condiciones iniciales, ni por los parámetros iniciales del sistema o la naturaleza del proceso; es decir que de diferentes estados iniciales pueden surgir diferentes estados finales. La comunicación está regida por axiomas pragmáticos que se constituyen en condiciones básicas para la interacción.

◇ La comunicación tiene tres campos funcionales: funciones de la comunicación para el individuo (personal), funciones de la comunicación para el sistema social (intersubjetivo) y funciones de la comunicación para el sistema social superior (cultural)

El complejo comunicativo contiene elementos y factores que determinan el proceso comunicativo: aspectos del acontecer comunicativo, conducta comunicativa, tipos y estructuras de comunicación. La comunicación es dinámica, cambiante, posee unos componentes que se

interrelacionan y se dinamizan mutuamente. (Bernal Rodríguez S. G., 2001a)

Los estilos de comunicación

Cuando comunicamos lo hacemos sobre la base del manejo de los diferentes elementos componentes de la comunicación: verbal, no verbal y paraverbal. El uso que cada uno de nosotros realice de los distintos tipos de componentes, estará determinado por el estilo de comunicación que exhibamos. Desde el punto de vista genérico podemos hablar de tres estilos de comunicación, los denominados agresivo, pasivo y asertivo. Al hablar de personas pasivas, agresivas o asertivas, conviene tener claro que nadie de ajusta en todo momento y en toda conversación a uno de estos tres estilos. Más se trata de actitudes que adoptamos de forma más o menos habitual y que dependen, además de características personales, de las situaciones o las personas con quienes nos relacionamos. Es decir, algunas personas son asertivas (o pasivas, o agresivas) en unas situaciones, pero no en otras. Por tanto, sería más exacto hablar de estas actitudes como algo que podemos poseer en mayor o menor grado, o con mayor o menor frecuencia.

El conocimiento de los tres estilos es relevante porque podemos establecer una relación, al menos en términos generales, entre el estilo de comunicación (inhibido- pasivo, agresivo o asertivo) y la impresión (positiva o negativa) que causamos en los demás al comunicarnos con ellos. Esta relación hace que consideremos de extrema importancia la conveniencia de evaluar y ajustar nuestro estilo de comunicación personal. Así, cuando comunicamos utilizando fundamentalmente un estilo de comunicación inhibido o agresivo, la impresión que generamos en los demás tiende a ser negativa, mientras que cuando lo hacemos empleando un estilo de comunicación predominantemente asertivo, esta impresión tiende a ser positiva, con lo que se facilita la comunicación. Además, poseer uno u otro estilo de comunicación conlleva consecuencias tanto sobre la calidad de la comunicación que se establece, como sobre el sujeto que la ejerce, y está determinado por una serie de variables psicológicas y creencias personales.

Comunicación en la atención a pacientes

El contexto de la interacción Un aspecto muy importante en cualquier tipo de interacción profesional es el contexto donde se desarrolla la misma. La situación se puede producir en una

consulta de atención primaria, en la habitación de un hospital o en el mismo domicilio de un paciente, entre otros posibles. En todos los casos, resultará ideal cualquier ambiente que favorezca la intimidad y concentración de las partes durante la interacción, evitando las posibles fuentes de distracción.

A lo largo del desarrollo de la interacción, no se debe descuidar el manejo de los elementos no verbales y paraverbales por parte del profesional de enfermería. Así, debemos procurar un tono de voz que no resulte monótono, y en especial, un volumen, una velocidad y una claridad que hagan que todas nuestras preguntas se escuchen perfectamente. También, elementos como la mirada, los gestos, las sonrisas, etc. nos van a ayudar mucho y, en general, todo lo que tiene que ver con la escucha activa, de la que ya hemos hablado y sobre la que ahora insistiremos en algunos aspectos. Por un lado, la escucha activa requiere la utilización conjunta de una serie de elementos no verbales y paraverbales combinados como indicadores a nuestro interlocutor de nuestro acto de escuchar. Los elementos no verbales los resumiríamos en mirarle, inclinarnos o aproximarnos hacia él, asentir con la cabeza, inclinar la cabeza lateralmente, hacer pausas, etc. Los elementos paraverbales principales en la escucha serían los indicadores de interés, tales como expresiones del tipo de «sí, sí...», «ajá...», etc. Por otra parte, al mismo tiempo hay que hacer un esfuerzo para prestar la adecuada atención al contenido del mensaje que nos llega, para lo que habrá que intentar concentrarse en el otro tratando de no distraerse, comprender los mensajes completos, observando atentamente sus elementos no verbales y paraverbales e integrándolos con los verbales y resumir lo que hemos entendido, primero interiormente para posteriormente verbalizar el resumen, para posteriormente repetir verbalmente el resumen mental que nos hemos hecho para que se nos confirme.

Forma de actuación del profesional

Al margen de las normas generales que se han planteado previamente, en este apartado se presentan una serie de procedimientos de actuación que el profesional de salud debería considerar cuando en su interacción con los pacientes desee realizar la acción que encabeza cada uno de los apartados que siguen.

Demostrar amabilidad y simpatía hacia el paciente

Es importante tener en cuenta que el hecho de contactar con la mirada de un paciente que aparentemente busca algo o acaba de entrar en un recinto, hará las veces de bienvenida, indicándole hacia donde debe dirigirse. Presentar un aspecto físico agradable muy importante en la interacción con el paciente, pues la primera impresión se la va a llevar fundamentalmente a través de nuestro aspecto. Debemos cuidar nuestro aspecto físico, prestando especial atención a la higiene personal y de la ropa, aunque se trate de uniformes de trabajo. Es importante que uno esté a gusto consigo mismo para que el paciente también lo esté. El hecho de encontrarnos bien va a influir directamente sobre nuestro estado de ánimo y, a su vez, éste repercute de forma positiva o negativa sobre nuestro comportamiento en el ejercicio profesional.

Demostrar interés y eficacia en el desempeño de su trabajo

No sólo hay que ser eficaz y demostrar interés. Es importante que el paciente también lo perciba y, habitualmente, va a ser a través de pequeños detalles como éste saque sus conclusiones y nos considere, a nosotros mismos y a nuestra empresa o institución, por lo que será necesario tenerlos en cuenta.

Escuchar al paciente

Nuevamente la escucha se convierte en una de las recomendaciones fundamentales para mejorar nuestras habilidades de comunicación, de cara a la atención a pacientes.

Es importante demostrar que estamos escuchando, tanto con la actitud como mediante la utilización de la mirada, el empleo de palabras cortas y sonidos y los movimientos de la cabeza fundamentalmente (en general todo lo indicado en la escucha activa). Una vez que la persona ha terminado de hablar, deberíamos reformular su demanda y esperar una aprobación por parte de la persona previamente a darle respuesta. Si existen puntos que no estén suficientemente claros, hay que preguntar para conseguir aclararlos antes de dar respuesta. Para profundizar adecuadamente en la escucha activa, remitimos al lector al apartado correspondiente.

Facilitar información

Hay que tener en cuenta que cuanta menor sea la cantidad de información que facilitemos a una persona, mayor será la facilidad para recordarla posteriormente y al contrario, cuando facilitamos gran cantidad de información será más difícil que se recuerde.

La comunicación en el equipo de trabajo

El trabajo en la práctica sanitaria enfatiza la labor de equipo más que la actividad individualizada. Una buena comunicación en el equipo sanitario ayuda a reducir el estrés generado en la actividad diaria. No obstante, es frecuente observar como los miembros de los equipos asistenciales suelen comunicarse sólo con otros de su mismo nivel jerárquico (médicos con médicos; enfermeros con enfermeros, etc.) y no existe una auténtica comunicación interdisciplinar, algo que es absolutamente necesario para atender las necesidades del paciente.

Además, una de las características básicas que define un equipo de trabajo es la interacción, es decir, para que haya equipo es necesario que los individuos que lo forman interactúen, que se comuniquen entre sí. Otra característica fundamental, es la interdependencia: los miembros de un grupo comparten normas (formales e informales) y desempeñan roles complementarios, de este modo el trabajo de un miembro no avanza si otro no hace el suyo. Esto es algo esencial en los equipos sanitarios, dónde cada uno de los miembros necesita del trabajo de los demás para poder realizar el suyo. Trabajar en equipo supone estar dispuesto a mostrar sincera sensibilidad hacia los planteamientos de los demás y aceptar que las nuestras no serán siempre aprobadas.

1.2 Antecedentes legales

Como parte de los antecedentes legales es importante reconocer la ley que regula la profesión fonoaudiológica en el territorio colombiano: Ley 376 (1997). Congreso de la República de Colombia. 4 de Julio de 1997. Ley por la cual se reglamenta el oficio de la fonoaudiología en Colombia, delimitando su definición, áreas y campos de trabajo, entre los cuales encontramos que describen la participación y/o Investigación interdisciplinaria con el fin de contribuir al crecimiento de nuevo conocimiento.

1.3 Antecedentes Investigativos

En los antecedentes investigativos se realizó una búsqueda en diferentes bases de datos de acceso libre como Google Scholar, Dialnet, Scielo, Redalyc y PubMed, con el propósito de indagar acerca de la humanización y la comunicación interpersonal en las unidades de cuidado intensivo, para lo cual se utilizaron las siguientes palabras claves: fonoaudiología, humanización, comunicación, comunicación interpersonal y cuidado crítico. Se descartaron aquellos documentos o artículos que trabajaban con otras poblaciones en atención ambulatoria o programas de prevención y promoción.

Las investigaciones en este campo han sido abordadas con mayor amplitud por los profesionales de enfermería, dado su interés por mejorar el cuidado del paciente; en unidades de cuidado crítico se ha encontrado un estudio de Rojas, Bustamante y Dois (2014) en donde se encuentra que en el paciente con Ventilación Mecánica Invasiva (VMI) conscientes hay dificultades en la comunicación, que afectan el bienestar y la recuperación del paciente. El estudio muestra una descripción de las características de la comunicación con los pacientes, pero no se logra identificar la totalidad de los factores que intervienen, ni tampoco las posibles estrategias para mejorarla.

Por su parte, Achury, Pinilla y Alvarado (2015), realizaron un estudio descriptivo en el que se pretendía especificar los aspectos que facilitan o interfieren en el proceso comunicativo entre el profesional de enfermería y el paciente en estado crítico. En este

estudio se encontró que “el proceso comunicativo entre la enfermera y el paciente en estado crítico está limitado por las políticas restrictivas institucionales y por la escasa formación académica de las enfermeras”.

Por otra parte, en un estudio descriptivo elaborado por Velasco, Alonso, Heras La Calle y Zaforteza (agosto 2018), cuyo objetivo era el de “elaborar un catálogo de demandas informativas priorizadas por los familiares, conocer qué profesionales consideran que pueden responder a estas demandas y explorar las diferencias de criterio entre familiares y profesionales”, se encontró que las principales cuestiones de comunicación que tienen las familias son las relacionadas con la gravedad y el pronóstico del paciente, sin embargo, hubo una diferencia significativa entre la importancia que daba el personal de salud acerca de las cuestiones que planteaban los familiares, respecto a la importancia que le daba la misma familia, de forma tal que el personal sanitario “subestima las cuestiones que preocupan a las familias”.

Con relación a lo anterior, en un estudio, elaborado por Bautista, Arias y Carreño (2016), se evaluó la percepción que tiene el familiar del paciente crítico respecto a la comunicación verbal y no verbal, y el apoyo emocional brindado por el personal de enfermería durante la hospitalización en la unidad de cuidado intensivo de una clínica de IV nivel de la ciudad de Cúcuta. Se obtuvo como resultado una valoración positiva en cuanto a la atención, y se resalta que es necesario reconocer a la familia como eje central de todas las acciones asistenciales.

Particularmente en fonoaudiología, el campo de desarrollo investigativo se ha dado en el área de deglución y disfagia. En el área de comunicación se encontró en un estudio cuasi-experimental desarrollado en 2014 por Happ, Garrett, Tate, DiVirgilio, Houze, Demirci, et.al., donde se comprobó la viabilidad, utilidad y eficacia de un entrenamiento en habilidades de comunicación en varios niveles, materiales e intervención de consultoría del fonoaudiólogo en la UCI.

Estos estudios demuestran una notable tendencia por parte de los profesionales de Enfermería sobre el abordaje del paciente en diferentes dimensiones correspondientes al cuidado, teniendo como objetivo desarrollar acciones específicas que contemplen la humanización como una dimensión transversal de la calidad.

Siendo la comunicación un eje transversal para todas las áreas del hombre y un campo de estudio para la Fonoaudiología, no se evidencia la inmersión investigativa necesaria por parte de esta profesión; de forma que se pueda reconocer la naturaleza interactiva, social y cultural de los profesionales representantes de la salud en las unidades de cuidado crónico.

Capítulo 2 - Aplicación y Desarrollo

2.1 Tipo y Diseño de Investigación

El método de investigación implementado es de tipo cualitativo, con un diseño descriptivo observacional, de acuerdo a lo referido por Hernández, Fernández & Baptista (2010) como aquella que “busca comprender personas, procesos, eventos y sus contextos, a través de la recolección de información con instrumentos no estandarizados”, conforme a la recolección de información sobre la comunicación y el trabajo de profesionales en las unidades de cuidado crítico desde la humanización. Tiene un alcance descriptivo, el cual pretende “describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos; detallando cómo son y se manifiestan” (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Esto con el fin de describir las características comunicativas con una población de profesionales de enfermería y medicina que actualmente trabajen en Unidades de Cuidado Crítico y que aceptaron participar del estudio, la muestra se hizo a conveniencia siempre y cuando se cumplieran los criterios de inclusión. Los análisis se realizan a partir de frecuencias absolutas y relativas, al igual que porcentajes con el programa Excel de Office.

Para el levantamiento y recolección de datos que constituyen el presente documento, se realizó una revisión analítica de la literatura correspondiente, a comunicación interpersonal, humanización de servicios y comunicación humanizada. Finalmente, y bajo los criterios descritos anteriormente, la revisión realizada para la presente investigación fue dada teniendo en cuenta principalmente fuentes de información primaria como libros y artículos de revistas indexadas.

2.2 Población o entidades participantes

La población participe del estudio está dada por profesionales asistenciales de la salud que actualmente trabajen en Unidades de Cuidado Crítico y acepten participar del estudio, la muestra se hará a conveniencia.

2.3 Definición de Variables y Categorías

Se parte del Modelo Sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal (Bernal, Pereira, Rodríguez, 2018) planteado desde el Grupo de Investigación de la Corporación Universitaria Iberoamericana

DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	VARIABLES	DEFINICIÓN OPERATIVA
INTRAPERSONAL	Esta dimensión se encuentra relacionada con las condiciones, capacidades y potencialidades individuales que definen y determinan a la persona que se comunica, estas individualidades entran a jugar y “se tocan” en el proceso de interacción y a la vez lo determinan. Sus variables están constituidas por el devenir del sujeto, consu historia personal y, con su desarrollo como persona de acuerdo con su	• Biológica • Psicológica • Lingüística • Psicolingüística	• Biológica: Relacionada con las estructuras anatómicas, las cuales se desarrollan o están en constante crecimiento, logrando su máximo nivel de desarrollo cuando están en interacción con lo externo o ambiental. <i>Biología:</i> Relaciona el desarrollo, como un proceso en el cual el organismo sufre una serie de cambios en su estructura y funcionalidad para el desarrollo de habilidades físicas, cognoscitivas y lingüísticas. Comunicación: Aspectos anatómicos,

	ciclo vital y roles. Dentro del modelo esta dimensión estará relacionada con los aspectos biológicos, lingüísticos, psicolingüísticos, cognitivos, afectivos que están involucrados en los actos de comunicación del individuo. Se compone de variables que en ningún momento se deben estudiar por separado, estas interactúan, son interdependientes y funcionan como un todo.		neuroanatómicos, neurofisiológicos y neurolingüísticos involucrados en los procesos de interacción (m. verbal o no verbal) Se requiere hacer un análisis de los canales y procesos de entrada y salida de la información lingüística y no lingüística. Tanto los procesos de decodificación como codificación permiten en la comunicación (en los roles de emisor y receptor) llegar a la comprensión y expresión de las ideas, sentimientos, et., a través de códigos lingüísticos o no. • Psicológica: Esta hace referencia a los procesos de pensamiento (procesos cognoscitivos), los factores comportamentales y afectivos del individuo. Esta variable cobra especial importancia en razón de la estrecha relación entre el pensamiento y el lenguaje. Se relaciona con el desarrollo psicomotriz y
--	---	--	---

			intervienen en el pensamiento y conducta inteligente del individuo. El desarrollo de la conducta está en función de la interacción de factores biológicos, físicos y emocionales como de las influencias ambientales (familia, escuela, religión, cultura) • Lingüística: En esta variable podemos mencionar dos aspectos básicos, simbióticos e interdependientes, y por ello difíciles de estudiar por separado: el lenguaje y la lengua, el primero visto como la facultad interior, exclusivamente humana, que le permite al hombre crear, significar, simbolizar, representar la realidad y usar signos para comunicarse, pensar, conocer y aprender; estos signos (verbales y no verbales), le permiten hacer representaciones de la realidad y recreaciones de la misma. Esta facultad de abstraer, conceptualizar y representar la
--	--	--	--

			elementos básicos, descritos por De Saussure (1915): - La lengua [langue], como manifestación social del lenguaje mediante un sistema de signos verbales que son convencionales, creativos, arbitrarios, recursivos, reflexivos y articulados, los cuales identifican una comunidad lingüística. - El habla [parole], como el acto que le permite al hablante la realización emergente individual, desde los aspectos creativos, psíquicos y fisiológicos. -Incluir una mirada en los procesos de simbolización logrado por el individuo a través del lenguaje independientemente del código que se ha adquirido para manifestarlo externamente. - Contemplar el análisis de las capacidades de estructuración y significación. - Estudio del nivel de adquisición del código lingüístico a través del cual la persona está
--	--	--	---

			expresándose.
--	--	--	---------------

			(Fonético – Fonológico, Morfosintáctico y Semántico del código (LENGUA)). • Psicolingüística: Relacionada con los procesos de comprensión y expresión del lenguaje, es posible estudiarla utilizando un modelo que los explique, así por ejemplo en lo propuesto por Mercedes Belinchón (1999), Alexander Luria (1978) Recepción: sensación, percepción, percepción y discriminación fonética-fonológica. Decodificación: Decodificación sintáctica y morfosintáctica, decodificación semántica, decodificación pragmática. Codificación: Planeación pragmática, codificación semántica, codificación sintáctica, programación fonológica- fonética. Producción: Acto motor, Acción de los órganos fonoarticuladores y procesos motores
--	--	--	---

			para la producción (Respiración, fonación, articulación, fluidez y prosodia). Características de: Audibilidad, Naturalidad e Inteligibilidad.
--	--	--	---

INTERPERSONAL	Para el Modelo Sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal, esta dimensión se relaciona directamente con el objeto de estudio de la fonoaudiología, 117 ya que, es en el espacio interaccional donde se ponen en juego todas las dimensiones y sus variables tanto intraindividuales como socioculturales. El espacio interpersonal es el escenario donde cara a cara se logra o no cada intención y propósito comunicativo, donde se pone al servicio y dispone de los saberes, capacidades y habilidades en emisores y receptores como co-creadores de una realidad intersubjetiva, en	• Micro contextos. • Contextos. • Situaciones. • Formas de relación. • Interlocutores. • Tópicos. • Propósitos. • Uso del código.	• Micro contextos: Son aquellas que se refieren al espacio físico o de situación; psicológico o de relación en el que sucede la interacción. Reglas pragmáticas: Uso y conocimiento de las reglas y normas de interacción, principios pragmáticos, Reglas pragmáticas de la organización social del discurso, normas de cortesía, Máximas conversacionales (Grice). • Contextos: Espacios simbólicos en cuyo interior se desenvuelve la vida social y cultural. • Situaciones: Académicas, familiares, sociales. • Formas de relación: Simétrica, asimétrica, complementaria regula la interacción. • Interlocutores: Participantes del proceso comunicativo, valorar destrezas
---------------	---	--	--

	esa diada primigenia de un encuentro comunicativo.		físicas, cognitivas y comunicativas. • Tópicos: Formas para iniciar, mantener y finalizar la interacción. Coherencia y cohesión. Temas de acuerdo a: familia, profesores, amigo, etc. • Propósitos: Funciones comunicativas e intención comunicativa. • Uso del código: Manejo adecuado de la lengua estándar y de la importancia de saber emplear diferentes registros y estilos en función de las características particulares de cada intercambio comunicativo. Inteligibilidad, audibilidad y naturalidad del discurso.
SOCIOCULTURAL	Hace relación a variables macro-contextuales: relacionadas con los roles, funciones sociales de los interlocutores derivados de su historia y experiencias: histórico cultural, socioeconómico, demográfico y educativo dentro de principios,	• La identidad • El orden de la vida social • La familia • La cultura • El contexto social • Trasfondo cultural • Las reglas del macro-contexto • Las variaciones sociolingüísticas: ◇ Diatópica: ubicación/procedencia geográfica ◇ Diastráticas: estrado socio económico ◇	• La identidad: En lo social la identidad es un sentimiento de arraigo, una capacidad de decir nosotros de reconocer ámbitos propios, es saberse apreciado o amado por lo que es, por uno mismo en pocas palabras, tener un nombre y ejercer el derecho a pertenecer a un grupo social.

	valores de la cultura. Para Rizo García (2004) esta perspectiva, de corte sistémico, encuentra su fundamento en la comprensión de la comunicación como telón de fondo de toda actividad humana. Dicha actividad se constituye en social, y como tal, persigue o implica objetivos sociales. En la regulación de las relaciones humanas, se puede entender a la comunicación como el cimiento de toda interacción social. Y, es más, plantear la comunicación, desde el punto de vista sistémico, implica considerarla como un conjunto de elementos en interacción constante, donde la más mínima modificación de cualquier elemento altera o afecta las relaciones entre el conjunto.	Diafásica: nivel laboral e intelectual de cada persona ◇ Dialectales: (sociolecto) utilización de expresiones y/o vocablos de acuerdo con cada grupo socioeconómico y cultural • Participación social	• El orden de la vida social: la sociedad no sólo define los valores sociales concretos y su jerarquía, sino que contribuye también, a determinar las reglas que es preciso observar si se aspira a estos valores. • La familia: Es el grupo primario más importante. La familia obedece, de hecho, a esa necesidad de calor, de vida propia o privada, de ámbito protector que se ha dado en todas las culturas. A esta institución le corresponden una serie de valores y normas que se transmiten de generación en generación y que incluyen múltiples relaciones tanto interpersonales como del ejercicio de roles sociales • La cultura: Las relaciones sociales, se inscriben en una cultura. Y una cultura no es más que el sistema de ideas prevalecientes en una sociedad. • El contexto social: como aquel espacio simbólico en cuyo interior se desenvuelve la vida
--	--	--	---

			grupos diversos, donde aquel mundo de la vida de Habermas (1968) logra su presencia total y donde todos los sujetos que intervienen en él están organizados de acuerdo a roles, estatus y/o reconocimientos dentro de una escala social. • Trasfondo cultural: Este trasfondo se refiere al contexto geográfico que determina formas propias sociolingüísticas, así como la influencia de las comunidades y sus actividades económicas, educativas y de relación con el entorno; a esto se suman los elementos rituales que abarcan a la religión y en general a cualquier práctica social que determina o influye en los roles de participación social, y en este contexto se involucran las barreras o facilitadores que brinda el entorno para el óptimo desarrollo de las capacidades comunicativas. • Las reglas del macro-contexto: Estas
--	--	--	---

			y valores legados generacionalmente por el grupo social mayoritario, el grupo comunitario minoritario, la familia, las construcciones sociales e interactivas dadas en el devenir social; estas también se denominan como reglas pragmáticas de la interacción social y la participación.
--	--	--	---

2.4 Procedimiento e Instrumentos

La investigación se realizó en fases cortas con el fin de cumplir con los objetivos de la mismas, a continuación, se describen las fases correspondientes:

Fase I	Fase II	Fase III
Diseño de instrumentos de recolección de información: 2 meses	Aplicación de instrumentos y observación en campo: 5 meses	Análisis y presentación de resultados: 3 meses

En cada una de las fases se llevó a cabo una serie de actividades que permitirán alcanzar los objetivos de la investigación, en la primera fase, para el diseño del instrumento se realizó una revisión de literatura que permitiera el diseño del instrumento, así como la validación a través del juicio de expertos y el cálculo del Alfa de Cronbach alcanzando un coeficiente de 0,77 lo cual indica que es confiable; se procede a dar inicio a la segunda fase, en donde se realizó la aplicación del instrumento a la población objetivo a través del correo electrónico, la muestra fue de 50 profesionales de la salud, de igual manera se

realizó una observación de campo directamente en las unidades de cuidado crítico. En la tercera fase se realiza el análisis y presentación de los resultados, descritos a continuación.

Instrumentos

El instrumento utilizado para la presente investigación es una encuesta estructurada, de respuesta cerrada, con una escala de tres respuestas de tipo ordinal. Consta de 23 preguntas divididas de acuerdo con las dimensiones del Modelo Sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal (intrapersonal, interpersonal y sociocultural).

Para el proceso de validación de la encuesta basada en el Modelo Sistémico de la comunicación Humana Interpersonal se realizó una rejilla que valoró cada una de las preguntas que permitieron recolectar la información del perfil comunicativo del personal de salud en las unidades de cuidado crítico en términos de:

- **Pertinencia:** Se define como “lo que viene a propósito del tema”, es decir, es relevante y apropiado con aquello que se espera. Dicho de otra forma, si la idea propuesta tiene coherencia y está relacionada con el tema tratado.
- **Claridad:** Se reconoce como aquello que se intenta al expresar una idea, manifestación o tema siendo este entendido perfectamente sin lugar a interpretaciones difusas. Una expresión clara es fácil de comprender e inteligible.
- **Suficiencia:** Se delimita como la capacidad o aptitud mínima para algo, planteada desde el cumplimiento de los requisitos para la resolución de un problema o la ejecución de un proyecto determinado.
- **Relevancia.** Es un concepto que se enfoca en lo fundamental, trascendente o sustancial, que por tanto cuenta con una importancia para el tema tratado. En temas investigativos, se define como la importancia de lo planteado frente a la temática principal.
- **Coherencia:** Se define como la característica del plan global, manteniendo una estructura secuencial y desarrollada sistemáticamente. Es principalmente, una relación lógica entre el todo y sus partes, de modo que no se produzca contradicción entre ellas.

Esta encuesta fue validada por 5 profesionales Fonoaudiólogas expertas en la humanización y/o el modelo sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal. Cada una de las personas validadoras realizó una revisión rigurosa de la encuesta en cuanto a las preguntas y las opciones de respuesta dadas, brindando una serie de observaciones a realizarse, con el fin de modificar y completar la encuesta con la mejor calidad posible para recolectar la mayor cantidad de información posible para la caracterización de la población. Para la validación del contenido, se realizó el análisis correspondiente bajo el Alfa de Cronbach (Cervantes, 2005) donde un ponderado menor a 0,7 indica baja confiabilidad del instrumento o sección; obteniendo un Coeficiente de Alfa de Cronbach de 0.77 que permitió validar la encuesta y así mismo realizar las modificaciones pertinentes, según las observaciones realizadas por los expertos.

2.5 Alcances y limitaciones

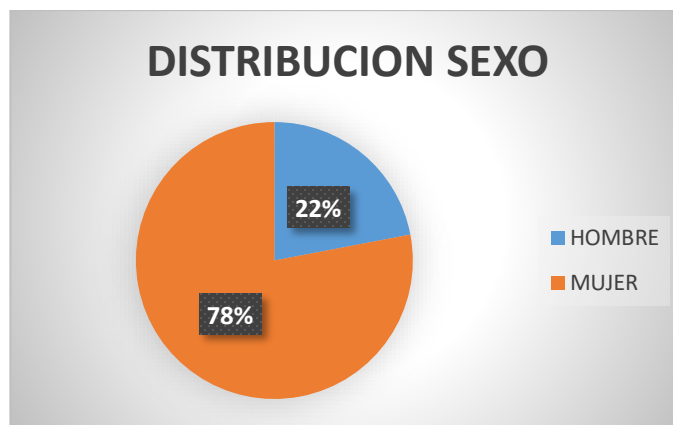
Alcances: La presente investigación ha permitido establecer el perfil comunicativo de los profesionales de la salud que trabajan en unidades de cuidado crítico, con un alcance poblacional de 50 profesionales y el acceso a 2 Unidades de cuidado intensivo y de cuidado intermedio.

Limitaciones: Dentro de las limitaciones de la presente investigación, la más latente es el acceso a la muestra; debido a que el ingreso a las unidades de cuidado crónico es limitado.

Capítulo 3 – Resultados

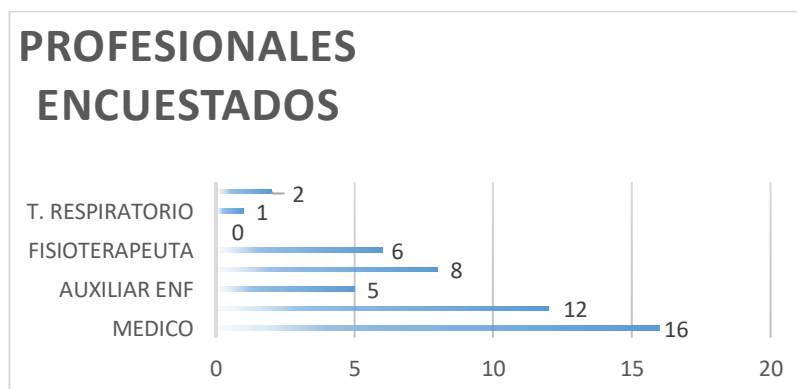
La Encuesta basada en el Análisis del Modelo Sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal para determinar el Perfil Comunicativo del Personal Asistencial en Unidades de Cuidado Critico fue diligenciada por 50 personas que autorizaron el tratamiento de los datos y aceptaron participar voluntariamente en la investigación. El 22% de los participantes son de sexo masculino y el 78% de sexo femenino.

Gráfico 1. Distribución por sexo



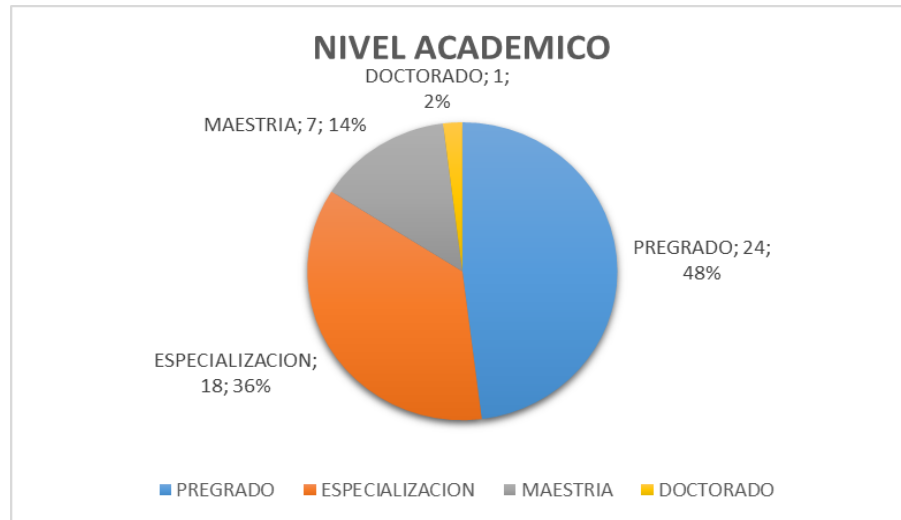
El promedio de edad fue de 34,7 años, con un rango de 23 a 55 años. Las profesiones de los encuestados fueron en un 32% (16) médicos, 24% (12) enfermeros, 16% (8) fonoaudiólogos, 12% (6) fisioterapeutas, 10% (5) auxiliares de enfermería y el restante fueron 2 nutricionistas y 1 terapeuta respiratorio.

Gráfico 2. Distribución por profesión



En cuanto al nivel de formación, la muestra se compone de un 48% (24) con formación de pregrado, 36%(18) con especialización, 14% (7) maestría y una persona con formación doctoral.

Gráfico 3. distribución del nivel de formación



3.1. Caracterización del personal asistencial según el modelo Sistémico de la Comunicación Humana

Para la caracterización de la comunicación del personal asistencial según el Modelo se realizó un análisis cuantitativo de proporciones en las respuestas a cada una de las preguntas, y se establece una conclusión de carácter cualitativo del grupo para cada variable según el modelo.

3.1.1 Dimensión Intrapersonal

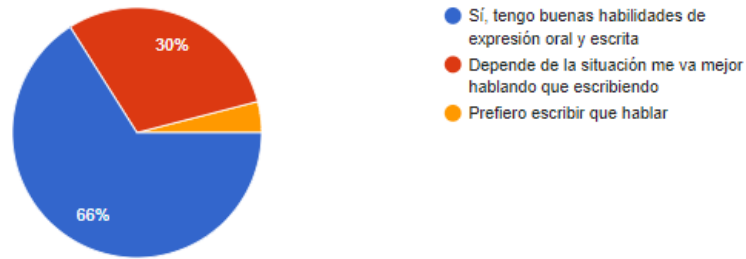
En la dimensión intrapersonal, en la variable neurolingüística/lingüística se encontró que el 84% de los encuestados respondieron que dominan el discurso oral y escrito, sin embargo, un 16% manifiesta que el presenta dificultades para darse a entender y ser claro. El 66% manifiesta tener buenas habilidades de comunicación oral y escrita, el 30% manifiesta que

dependiendo de la situación le va mejor hablando que escribiendo y el 4% prefiere comunicarse de forma escrita.

Gráfico 4. Modalidad de comunicación

Prefiero comunicarme de forma verbal oral que de forma verbal- escrita con los usuarios/familia y colegas

50 respuestas



El 72% manifestó que escribe con gran claridad y se hace entender fácilmente, mientras que un 24% suele generar algunas dudas en la interpretación de la información y un 7% manifiesta que la interacción comunicativa de forma escrita usualmente es incomprensible para los demás.

Estos resultados permiten inferir que la modalidad comunicativa preferida por los encuestados es la modalidad verbal-oral, algunos manifestaron dificultades en la comunicación verbal-escrita, generando en ocasiones dudas en los interlocutores.

Gráfico 5. Uso de la escritura

¿Es pertinente mi interacción cuando me comunico de forma escrita?

50 respuestas



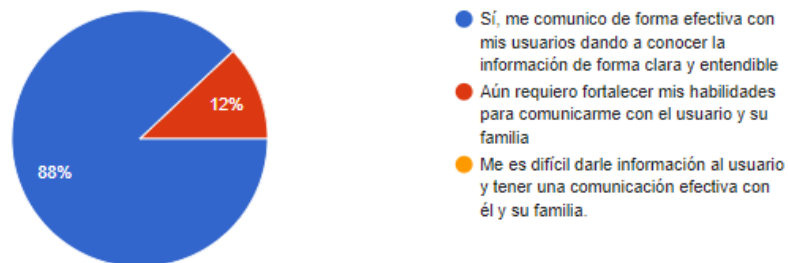
En la variable psicológica, se tuvieron en cuenta elementos relacionados con la disposición para realizar la atención de un usuario incluyendo la autopercepción sobre las habilidades comunicativas y las reacciones emocionales frente a las interacciones comunicativas con los usuarios. Para el 92% los encuestados es importante conocer a su usuario para obtener información de primera mano e interactuar con el usuario y su familia; solo un 8% manifestó que no siempre logra tener una interacción continua con el usuario y se basa usualmente en la historia clínica.

El 88% de los encuestados manifestaron que sus habilidades de comunicación son efectivas con los usuarios dando a conocer la información de forma clara y entendible. El 12% percibe que aún requiere fortalecer sus habilidades de comunicación con el usuario y su familia.

Gráfico 6. Percepción de habilidades de comunicación

¿ Sus habilidades de interacción actuales, le permiten dar información, ser clara con el usuario y su familia?

50 respuestas

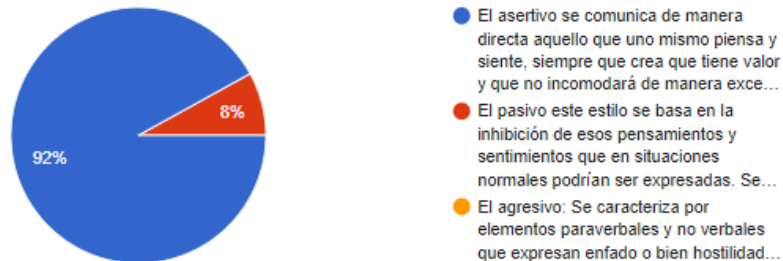


En cuanto al estilo comunicativo se encontró que el 92% de los encuestados emplean un estilo asertivo, caracterizado porque comunica de manera directa aquello que uno mismo piensa y siente, siempre que crea que tiene valor y que no incomodará de manera excesiva a alguien. El 8% considera que su estilo comunicativo es pasivo, que se basa en la inhibición de esos pensamientos y sentimientos que en situaciones normales podrían ser expresados. Ninguno considera que su estilo comunicativo es agresivo.

Gráfico 7. Estilo comunicativo

Considero mi estilo comunicativo al interactuar con el paciente y su familia como:

50 respuestas

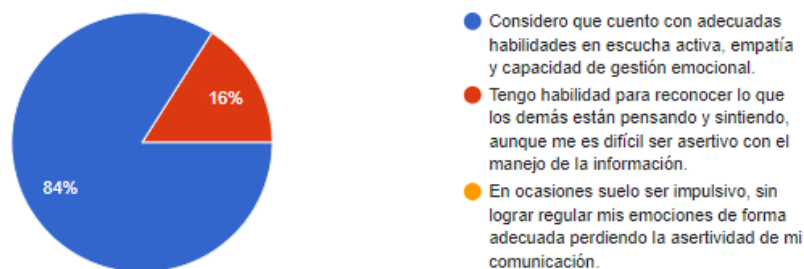


En relación al aspecto de manejo de emociones, el 84% de los encuestados respondieron que cuenta con adecuadas habilidades en escucha activa, empatía y capacidad de gestión emocional. Por otra parte, el 16% dice que tiene habilidades para reconocer lo que los demás están pensando y sintiendo, pero que les es difícil ser asertivo con el manejo de la información.

Gráfico 8. Manejo emocional

¿Sé manejar mis emociones, para que no interfieran en la relación profesional-usuario/familia?

50 respuestas

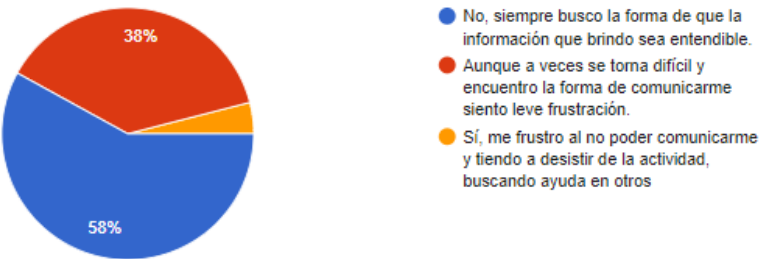


Por otra parte, el 58% responde que no se frustra cuando el usuario o familiar no lo comprende y siempre busca la forma de que la información sea comprensible. Llama la atención el hecho de que un 38% responde que aunque a veces se torna difícil la entrega de un mensaje al usuario o familiar y logra encontrar la manera de comunicarse, siente una

leve frustración. Solamente un 4% manifestó que se frustra al no poder comunicarse y tiende a desistir de la actividad buscando ayuda en otras personas.

Gráfico 9. Sentimiento de frustración en la interacción comunicativa

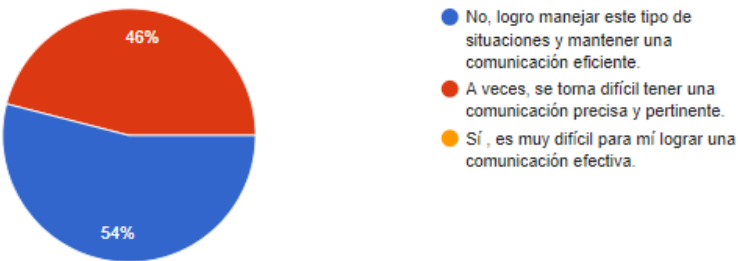
¿Me frustro cuando el usuario o su familiar no me entiende?
50 respuestas



En relación a la ansiedad que manifiestan en la interacción comunicativa con usuarios que presentan algún tipo de discapacidad (intelectual, sensorial) el 54% de los encuestados dicen que no sienten ansiedad y logran mantener una comunicación eficiente, mientras que un 46% dice que es difícil tener una comunicación precisa y pertinente.

Gráfico 10. Ansiedad en la interacción con personas con discapacidad intelectual o sensorial

¿Siento ansiedad al tener que comunicarme con un usuario que presenta algún tipo de discapacidad (intelectual, sensorial)?
50 respuestas



El 92% manifestó que interactúa con el usuario y su familia de forma continua y directa para darles indicaciones y recomendaciones para el cuidado de la salud. Solo el 8% lo realiza con ocasional frecuencia.

Gráfico 11. Frecuencia de interacción con los usuarios

Interactuo con el usuario y su familia dándoles indicaciones y recomendaciones para el cuidado de su salud.

50 respuestas

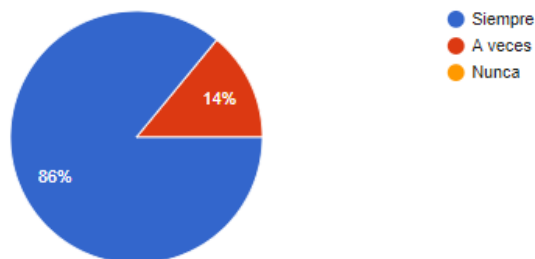


El 86% responde que siempre usa estrategias que generen instancias de empatía, escucha, compromiso y amparo emocional al dar información al usuario y su familia, mientras que el 14% dice que a veces lo hace.

Gráfico 12. Uso de instancias de empatía, escucha, compromiso y amparo emocional

¿Al dar información al usuario y familia sobre su estado de salud, uso estrategias que generen instancias de empatía, escucha, compromiso y amparo emocional?

50 respuestas



3.1.2. Dimensión interpersonal

En la dimensión interpersonal se logra identificar que el 88% de los encuestados, saluda al usuario y establece herramientas de comunicación diferentes a la oral, a través de la identificación de las facilidades de comunicación de cada usuario. Sin embargo, un 12% reconoce las dificultades comunicativas del usuario, pero no siempre busca otros métodos de comunicación.

Gráfico 13. Uso de diferentes canales de comunicación

¿Saluda al usuario y establece herramientas orales, visuales, escritas y/o gestuales?

50 respuestas

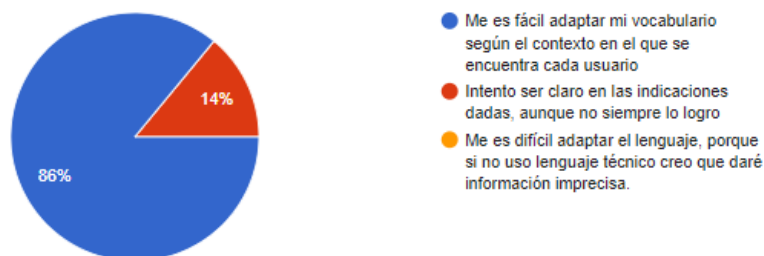


El 86% adapta su vocabulario según el contexto de cada usuario y su familia cada procedimiento o tratamiento a realizar, mientras que un 14% intenta ser claro en las indicaciones, pero no siempre lo logra.

Gráfico 14. Uso de vocabulario

¿Adapta su vocabulario para explicarle al usuario/ familia cada procedimiento y/o tratamiento a realizar?

50 respuestas

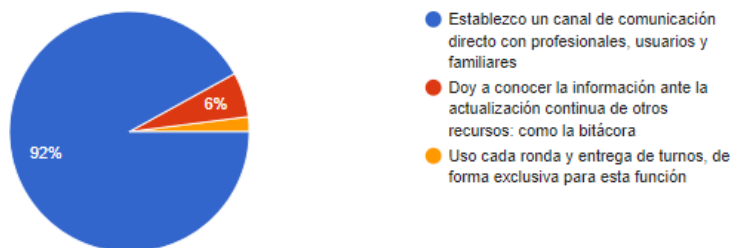


De otro lado, se indagó acerca de la interacción comunicativa con otros profesionales, usuarios y familiares encontrando que el 92% comunica los requerimientos de cuidado, incluyendo la rehabilitación de usuarios que se trasladan de la UCI de forma directa. Un 6% lo realiza a través de la actualización continua de otros recursos como lo es la historia clínica y la bitácora y un 2% usa la entrega de turnos y la ronda para realizar esta comunicación.

Gráfico 15. Tipo de comunicación para requerimientos de usuarios para traslado

Comunica los requerimientos continuos de cuidado, incluyendo rehabilitación de usuarios que se trasladan desde la UCI a profesionales, usuarios y familiares, con un lenguaje claro.

50 respuestas

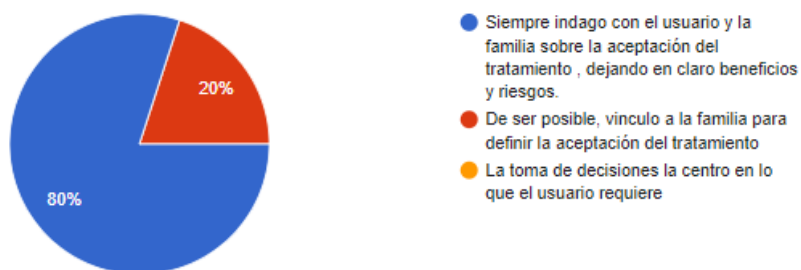


Con relación a la posibilidad del usuario y su familia de tomar parte en las decisiones, el 80% de los encuestados siempre indaga con el usuario y su familia sobre la aceptación del tratamiento, dejando claros los beneficios y los riesgos; el 20% restante vincula a la familia para definir la aceptación del tratamiento siempre que sea posible.

Gráfico 16. Participación de la familia y usuario en la toma de decisiones

Involucra a los usuarios y/o sus responsables en las decisiones acerca de tratamiento y cuidado

50 respuestas



En relación al manejo de diversas estrategias de comunicación para conocer las necesidades de los usuarios, el 74% respondió que maneja estas estrategias para lograr una comunicación efectiva con los usuarios, el 24% usualmente maneja preguntas cerradas de respuesta SI/NO para reconocer y resolver las necesidades individuales. El restante 2% reconoce las necesidades por el contexto y la expresión corporal.

Gráfico 17. Uso de estrategias de comunicación

A pesar de las dificultades de comunicación, accede a diversas estrategias para entender las necesidades del usuario.

50 respuestas

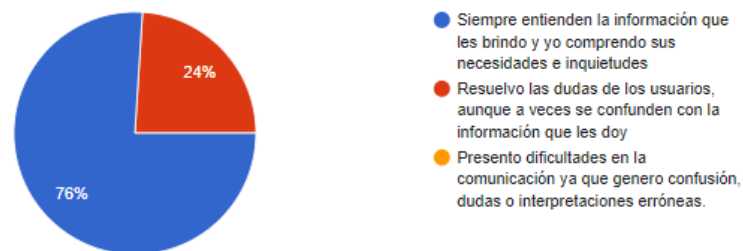


Al indagar acerca de la efectividad en la comunicación con los usuarios y familiares, el 76% considera que siempre entienden la información que brindan y logran comprender las necesidades e inquietudes que manifiestan, mientras que el 24% logra resolver las dudas de los usuarios, aunque a veces se confunden con la información que el profesional les da.

Gráfico 18. Efectividad en la comunicación con usuarios y familiares

Se comunica efectivamente con usuarios y familiares

50 respuestas

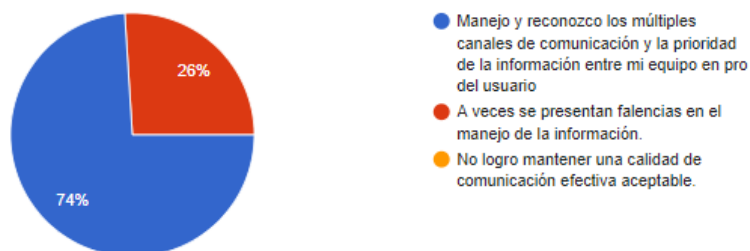


En cuanto a la efectividad de la comunicación con otros profesionales del equipo de salud el 74% respondió que maneja y reconoce los múltiples canales de comunicación y la importancia de la comunicación con el equipo en beneficio del usuario. El 24% respondió que a veces se presentan falencias en el manejo de la información entre los profesionales.

Gráfico 19. Efectividad de la comunicación con otros profesionales

Se comunica efectivamente con miembros del equipo de atención de salud

50 respuestas

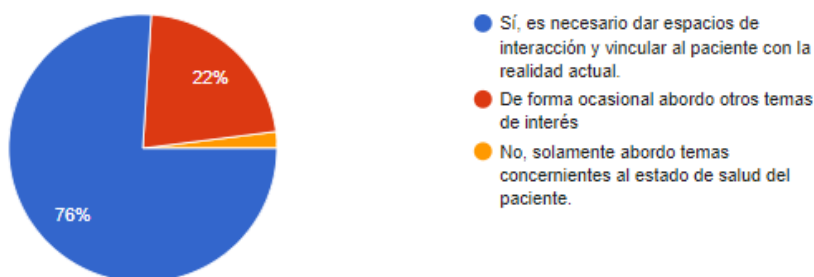


El último aspecto que se indagó sobre la dimensión interpersonal, fue el nivel de relacionamiento del profesional con el usuario preguntándole si permite abordar otros temas diferentes al tema clínico. El 76% considera que es necesario dar espacios de interacción y vincular al paciente con la realidad actual, mientras que el 24% respondió que lo hace de forma ocasional. Solo el 2% manifestó que no lo realiza y que aborda sólo los temas concernientes a la salud del paciente.

Gráfico 20. Nivel de relacionamiento con el usuario

Permito abordar otros tópicos conversacionales con el paciente diferentes al tema clínico.

50 respuestas



3.3.3. Dimensión sociocultural

Para analizar la dimensión sociocultural se analizó si el profesional de la salud reconoce las siguientes variables en el usuario y su familia: identidad, el orden de la vida

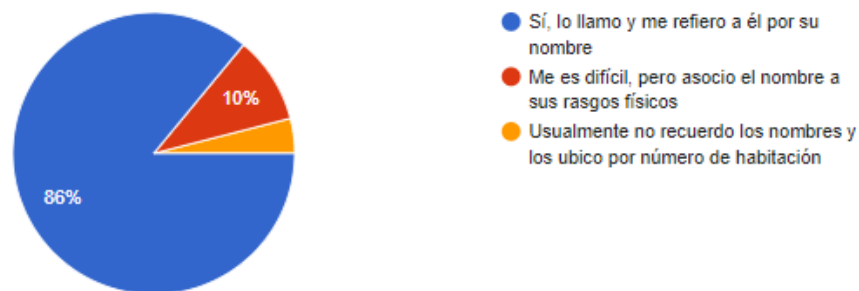
social, la familia, la cultura, el contexto social, el trasfondo cultural, las reglas del macrocontexto y las variaciones sociolingüísticas.

Se indagó si el profesional de la salud identifica al usuario por su nombre completo, a lo que el 86% respondió que si lo realiza, mientras que para el 10% le resulta difícil recordar su nombre, pero asocia su nombre a sus rasgos físicos y por último el 4% usualmente no recuerda los nombres y los ubica por número de habitación.

Gráfico 21. Identidad del usuario

Identifico al usuario por su nombre completo

50 respuestas



En cuanto al reconocimiento del sistema de creencias y el sistema de creencias según la cultura del paciente, se obtuvo que el 90% de los profesionales indagan sobre sus creencias e ideales, el 8% usualmente solo identifica cambio culturales ante la toma de decisiones y para el restante 2% le es difícil enterarse del aspecto cultural del usuario.

Gráfico 22. Reconocimiento del trasfondo cultural del usuario

Conozco y respeto el sistema de ideas prevalecientes por la cultura del usuario

50 respuestas

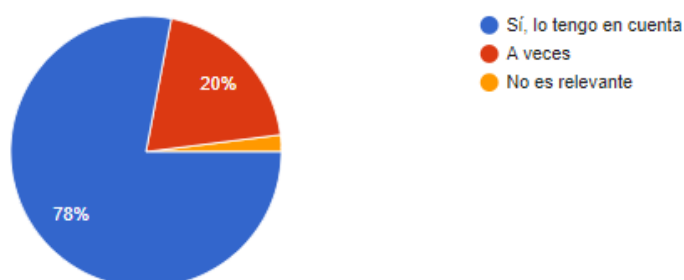


De igual forma, se indagó acerca del interés de los profesionales sobre el microcontexto del usuario y su familia a través del reconocimiento del lugar de procedencia y vivienda. El 78% lo tiene en cuenta, el 20% a veces lo tiene en cuenta y el restante 2% considera que no es relevante.

Gráfico 23. Interés por las condiciones socioculturales del usuario

Identifico el lugar de procedencia y vivienda para comprender las diferentes situaciones socioculturales que se puedan presentar

50 respuestas

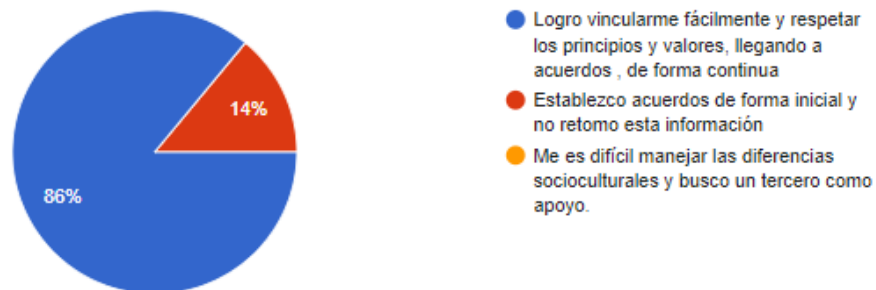


El último aspecto que se tuvo en cuenta fue el reconocimiento de las variaciones sociolingüísticas en la comunicación con los usuarios dada por la comprensión de los cambios socioculturales para equilibrar las diferencias para lograr una buena comunicación. El 86% logra vincularse fácilmente y respeta los principios y valores de los usuarios para llegar a acuerdos. El 14% Establece acuerdos de forma inicial y no retoma esa información.

Gráfico 24. Reconocimiento de las variaciones sociolingüísticas

Comprendo los cambios socioculturales y trato de equilibrar las diferencias al comunicarme con el usuario y su familia.

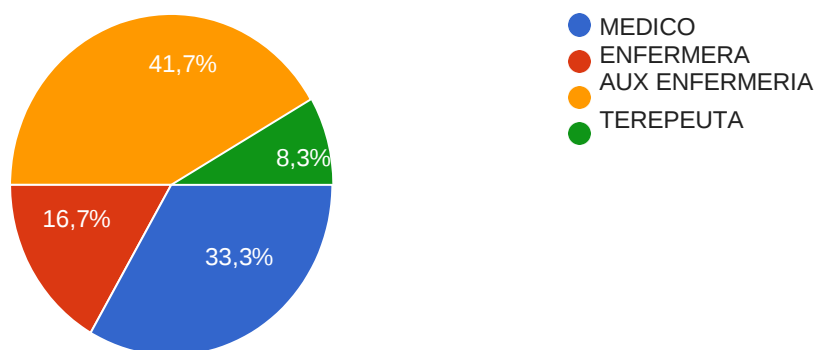
50 respuestas



3.2 Análisis de observación

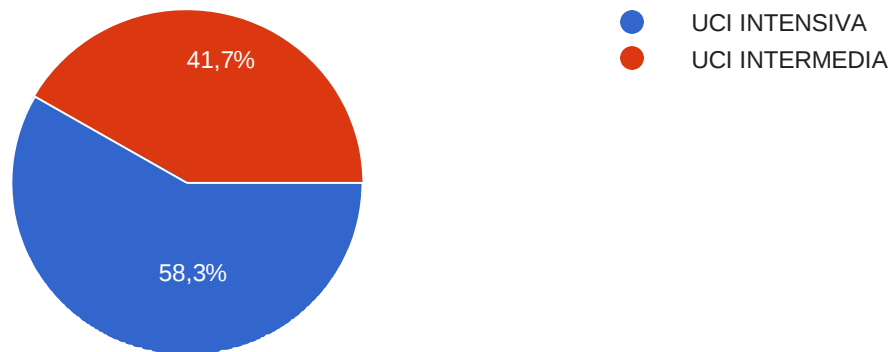
Se realiza observación directa no participante, en una unidad de cuidados intensivos y en una unidad de cuidados intermedios, con 12 pacientes con diversas patologías. Inicialmente se realiza el análisis de las condiciones de la unidad y del usuario, inherentes a su estadía y condición de salud.

Gráfico 25: Profesional observado



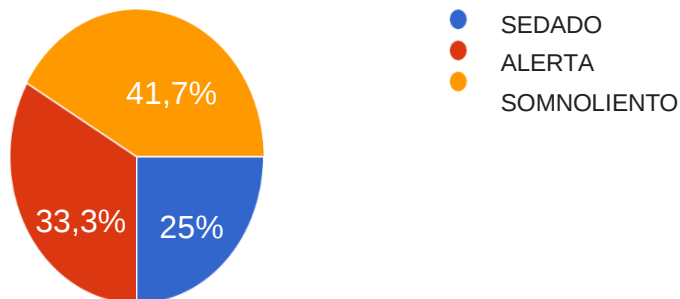
En la observación realizada en las unidades de cuidado crítico se puede ver que la mayor presencia de profesionales de salud son los auxiliares de enfermería, con un 41,7%, quienes además permanecen por mayor tiempo en estas unidades, seguidos de los médicos y enfermeros; la menor presencia observada tiene que ver con los terapeutas de las diferentes especialidades con un 8,3%.

Gráfico 26: Ambiente comunicativo donde se realiza la observación



En cuanto ambiente comunicativo, la Unidad de cuidado crítico donde más usuarios de observa es la unidad de cuidados intensivos con el 58,3%

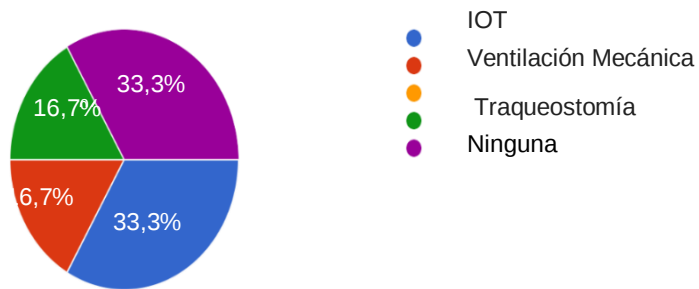
Gráfico 27: Estado de conciencia del usuario



Con respecto al estado de conciencia de los pacientes en unidades de cuidado crítico, se observa que la mayoría de ellos se encuentra en estado de somnolencia, con un 41,7%, seguido del estado de alerta con un 33,3% y por último en estado de sedación con un 25

%

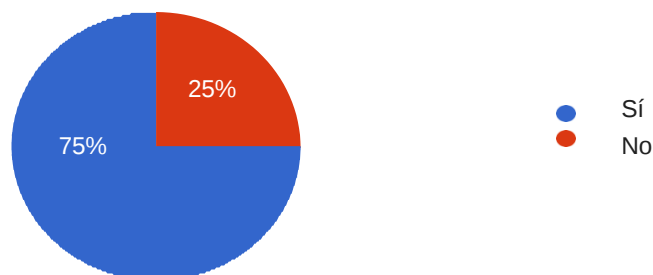
Gráfico 28: Usuarios de ayudas ventilatorias



En cuanto al uso de ayudas ventilatorias se observa que la mayor incidencia se da en el uso de la IOT con el 33%, seguida de la ventilación mecánica y la traqueostomía, las dos con un 16,7%, de igual manera se observa que el 33,3% restante no requieren de apoyos ventilatorios.

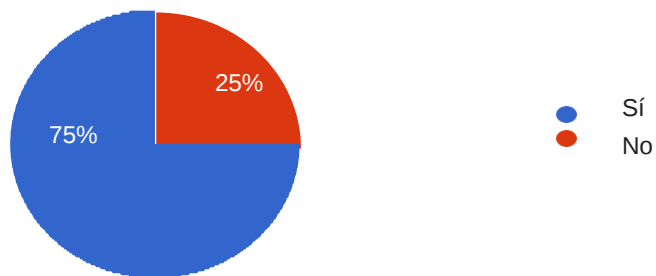
Se continúa observando la interacción comunicativa, encontrando:

Gráfico 29: El profesional saluda al usuario



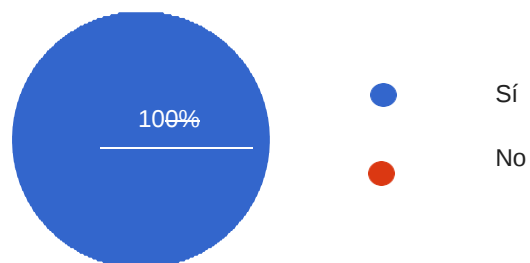
Se observa que para dar inicio a la atención el 75% de los profesionales, saluda sin embargo el 25% no lo hace.

Gráfico 30: El profesional llama al usuario por su nombre



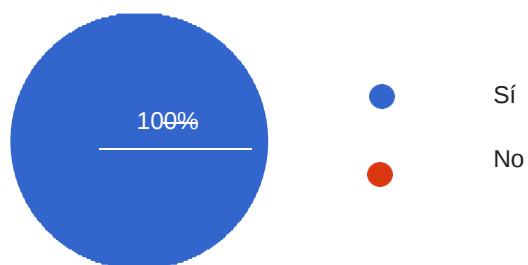
Se observa que el 75% de los profesionales llaman al usuario por su nombre, lo cual hace que se establezca un mayor vínculo comunicativo.

Grafica 31: El profesional de la salud hace uso de la proxemia durante la interacción, la cual refleja la relación que tiene con su interlocutor



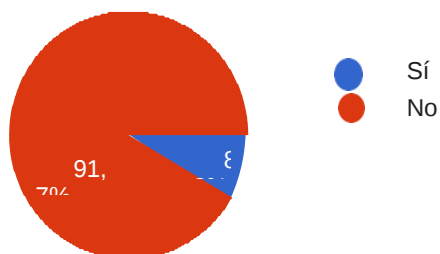
Entendiendo la próxima como ese espacio personal que usamos cuando interactuamos con otro, observamos que el 100% de los profesionales hace uso del mismo.

Gráfico 32: Su proximidad física es la adecuada según su relación con su interlocutor



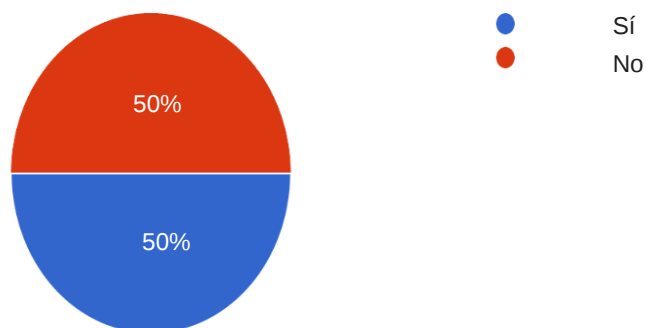
En relación con la proxemia, se observa que todos los profesionales hacen su de proximidad según la relación que tienen con su usuario.

Gráfica 33: El profesional de la salud muestra signos de ansiedad ante actos comunicativos con su usuario



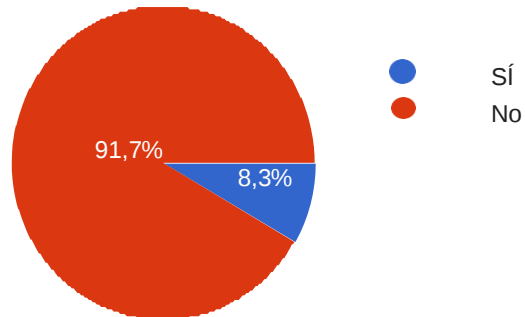
Se observa que con respecto los signos de ansiedad en el momento de establecer un acto comunicativo con el usuario, solo el 8,3% de los profesionales presenta dicha condición.

Gráfica 34: Hace uso de expresiones faciales durante la interacción



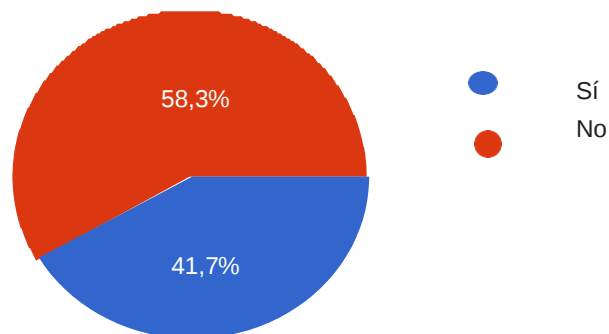
En cuanto al uso de expresiones faciales se observa que solo el 50% de los profesionales hace uso de las mismas para acompañar sus interacciones.

Gráfica 35: Se apoya en otros recursos físicos para interactuar con su interlocutor



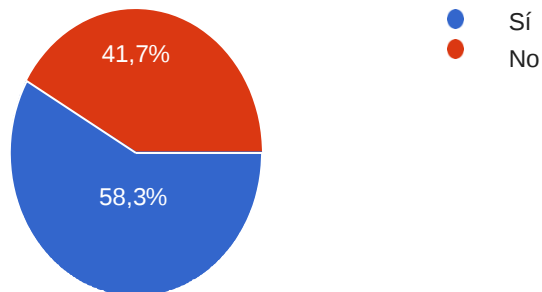
El 91,7% de los profesionales uso diferentes recursos físicos para interactuar con el usuario, lo que se puede traducir en una mayor asertividad en sus intervenciones.

Gráfica 36: Identifica que limitaciones tiene el usuario para comunicarse (gafas, audífonos, prótesis dentales)



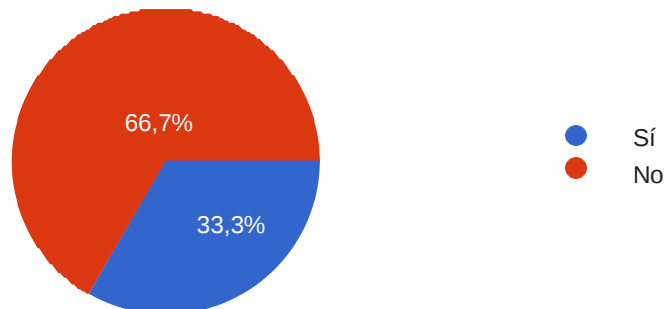
El 58,3% de los profesionales, tiene en cuenta el uso de aditamentos y/o prótesis a la hora de establecer cualquier tipo de interacción comunicativa.

Gráfica 37: Manifiesta interés por conocer el propósito comunicativo de su interlocutor



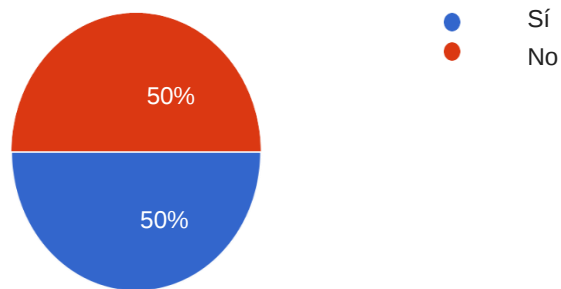
Con respecto al interés de los profesionales por conocer el propósito de la interacción comunicativa del usuario se puede observar que el 58,3%, cumple con esto, mejorando su interacción con el usuario.

Gráfica 38: Usa diferentes medios de comunicación no verbal para que el interlocutor le comprenda



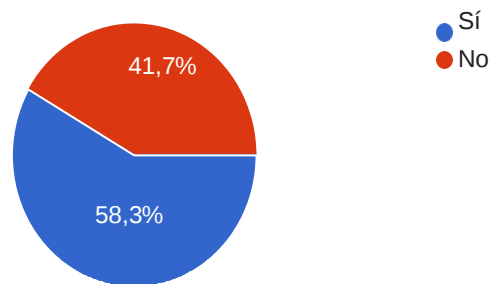
El 66.7% de los profesionales usan medios no verbales para asegurar que su interlocutor comprenda lo que se le indica.

Gráfica 39: Comparte el inicio de cooperación con el interlocutor (colaboración en comunicarse)



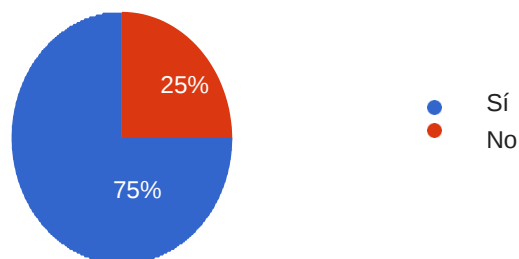
Solo el 50% de los profesionales usa la estrategia de cooperación comunicativa al interactuar con sus usuarios, es posible que esto se produzca por falta de conocimiento en el uso de diversas estrategias comunicativas

Gráfico 40: Durante su interacción comunicativa hace uso de información relevante que le permita ser comprendido por su interlocutor



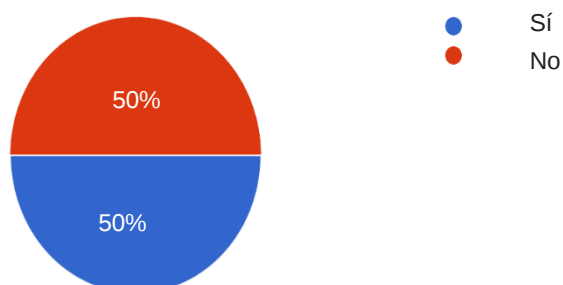
La mayoría de los profesionales usan información relevante que ayuda para que el interlocutor comprenso lo que se le dice.

Gráfico 41: Adecua su lenguaje con relación al interlocutor, la situación o el contexto



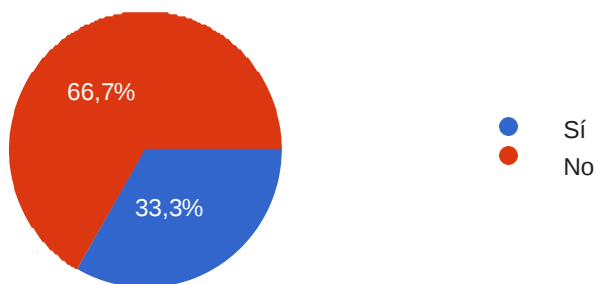
El 75% de los profesionales está en la capacidad de adecuar su lenguaje en relación al interlocutor, la situación y el contacto.

Gráfico 42: Le permite al usuario abordar otros tópicos conversacionales, si él lo expresa



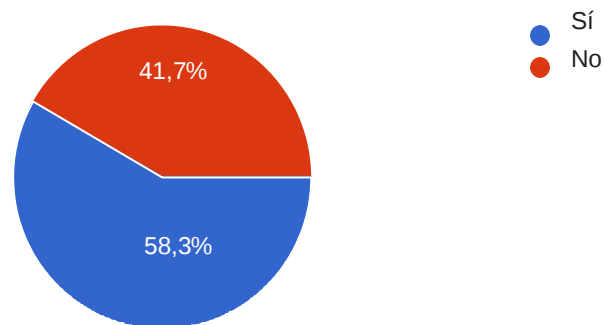
Se observa que solo el 50% de los profesionales, permite a sus usuarios que aborde tópicos diferentes a los que se están abordando.

Gráfico 43: Se evidencian rasgos físicos que demuestren frustración por no lograr comunicarse con su interlocutor



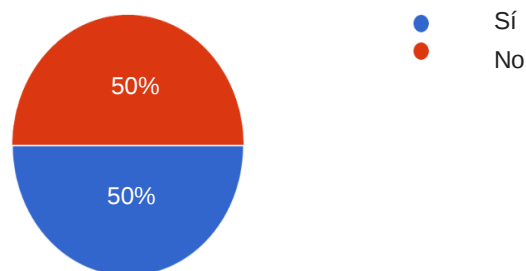
Se observa una gran incidencia ante la frustración por no poder comunicarse con su interlocutor.

Gráfico 44: Si no logra una adecuada interacción comunicativa desiste



Aunque la diferencia no es significativa, se observa que la mayoría de profesionales no desisten de la interacción comunicativa si es no es efectiva.

Gráfico 45: Se despide del usuario



Solo el 50% de los profesionales observados, se despide de su usuario al finalizar la interacción.

3.2.1 Observaciones generales:

a. En general se observa que cuando el profesional realiza exploración física, habla del paciente por su nombre, pero luego se refiere a él por el número de cama, lo cual hace menos calida la atención del usuario.

b. Cuando el paciente se encuentra bajo sedación, no se hace intento alguno por comunicarse con él.

c. En los casos de pacientes con demencia, que presentan dificultades para la comunicación, en cuanto a la coherencia del discurso se refiere, se observa que en general el profesional de la salud lo ignora y se continúa con la actividad médica.

d. Cuando el paciente en preparación para extubación, se muestra inquieto, le brindan información y usa comunicación no verbal para comunicarse.

Al analizar el Modelo Sistemico de la Comunicación Interpersonal y establecer el perfil comunicativo de los profesionales encuestados desde su autopercepción, podemos observar que la mayoría cuenta con herramientas suficientes para enfrentar un proceso de interacción comunicativa con sus pacientes teniendo en cuenta el estado del paciente, sus necesidades y las de sus familiares, sin embargo, se observa que el 50% de los profesionales encuestados presenta ansiedad ante la interacción con personas con discapacidad que se encuentran en las unidades de cuidado crítico. (Gráfico 46)

Gráfico 46: Perfil comunicativo profesionales de la salud en UCI según la autopercepción



Por otro lado, al realizar el análisis de la observación directa no participante, se identifica que cuando el profesional realiza exploración física, habla del paciente por su nombre, pero luego se refiere a él por el número de cama, lo cual hace menos calida la atención del usuario, también se observa que cuando el paciente se encuentra bajo sedación, no se hace intento alguno por comunicarse con él.

En los casos de pacientes con demencia, que presentan dificultades para la comunicación, en cuanto a la coherencia del discurso se refiere, se observa que en general el profesional de la salud lo ignora y se continúa con la actividad médica. También se observa que cuando el paciente en preparación para extubacion, se muestra inquietó, le brindan informacion y usan comunicación no verbal para comunciarse con él.

Al observar a los profesionales en las unidades, se observa que, si bien ellos perciben que tienen un adecuado manejo de la comunicación con sus pacientes, no siempre logran hacer uso de las herramientas que poseen para establecer interacciones comunicativas exitosas, la ansiedad frente a la comunicación con un paciente en condiciones criticas lo hace desistir de la interacción. (Gráfica 47)

Gráfica 47: Perfil comunicativo profesionales de la salud en UCI según la observación



Capítulo 4 – Discusión

La encuesta basada en el Modelo Sistémico de la Comunicación Interpersonal, se convierte en una herramienta útil y válida que permite conocer el perfil comunicativo de los profesionales del área de la salud, que trabajan en unidades de cuidado crítico. En este caso particular permitió establecer que en general los profesionales tienen en cuenta las necesidades comunicativas de sus pacientes y por ende intentan interactuar con ellos bien sea usando la modalidad verbal o la no verbal, sin embargo, se sigue percibiendo que en algunos casos la interacción continúa siendo limitada y que no se usan herramientas diferentes a la oralidad para establecer contacto con el paciente. De igual manera se puede establecer que a pesar de las herramientas que los profesionales poseen, la ansiedad que se produce frente a establecer un contacto comunicativo con un usuario en estado crítico hace que los profesionales desistan de este acto comunicativo y muestren rasgos físicos de frustración. En algunos casos no se evidencia cooperación con el interlocutor, ni adecuación del lenguaje según la relación con el interlocutor o la situación. Esta situación encontrada se puede comparar con la descrita por Achury, Pinilla y Alvarado (2015), quienes realizaron un estudio descriptivo en el que se pretendía especificar los aspectos que facilitan o interfieren en el proceso comunicativo entre el profesional de enfermería y el paciente en estado crítico. En este estudio se encontró que “el proceso comunicativo entre la enfermera y el paciente en estado crítico está limitado por las políticas restrictivas institucionales y por la escasa formación académica de las enfermeras”.

Por otra parte, en un estudio descriptivo elaborado por Velasco, Alonso, Heras La Calle y Zaforteza (2018), cuyo objetivo era el de “elaborar un catálogo de demandas informativas priorizadas por los familiares, conocer qué profesionales consideran que pueden responder a estas demandas y explorar las diferencias de criterio entre familiares y profesionales”, se encontró que las principales cuestiones de comunicación que tienen las familias son las relacionadas con la gravedad y el pronóstico del paciente, sin embargo, hubo una diferencia significativa entre la importancia que daba el personal de salud acerca de las cuestiones

que planteaban los familiares, respecto a la importancia que le daba la misma familia, de forma tal que el personal sanitario “subestima las cuestiones que preocupan a las familias”.(p. 337).

Con relación a lo anterior, en un estudio, elaborado por Bautista, Arias y Carreño (2016), se evaluó la percepción que tiene el familiar del paciente crítico respecto a la comunicación verbal y no verbal, y el apoyo emocional brindado por el personal de enfermería durante la hospitalización en la unidad de cuidado intensivo de una clínica de IV nivel de la ciudad de Cúcuta. Se obtuvo como resultado una valoración positiva en cuanto a la atención, y se resalta que es necesario reconocer a la familia como eje central de todas las acciones asistenciales.

Particularmente en fonoaudiología, el campo de desarrollo investigativo se ha dado en el área de deglución y disfagia. En el área de comunicación se encontró en un estudio cuasiexperimental desarrollado en 2014 por Happ, Garrett, Tate, DiVirgilio, Houze, Demirci, et.al., donde se comprobó la viabilidad, utilidad y eficacia de un entrenamiento en habilidades de comunicación en varios niveles, materiales e intervención de consultoría del fonoaudiólogo en la UCI.

Estos estudios demuestran una notable tendencia por parte de los profesionales de Enfermería sobre el abordaje del paciente en diferentes dimensiones correspondientes al cuidado, teniendo como objetivo desarrollar acciones específicas que contemplen la humanización como una dimensión transversal de la calidad.

Siendo la comunicación un eje transversal para todas las áreas del hombre y un campo de estudio para la Fonoaudiología, no se evidencia la inmersión investigativa necesaria por parte de esta profesión; de forma que se pueda reconocer la naturaleza interactiva, social y cultural de los profesionales representantes de la salud en las unidades de cuidado crónico.

Es necesario desde ejes como la humanización en la atención, abordar el tema de la comunicación como ente regulador y de interacción en el medio de la salud, generando ambientes de confort que le permitan al usuario mantener su rol como agente social, a pesar de las condiciones de salud con las que cuente.

Por ello es de gran importancia tener en cuenta la preparación de los profesionales en salud para la concientización y sensibilización con respecto a la atención de los usuarios, debe tenerse en cuenta, entre otros aspectos las necesidades de los usuarios de acuerdo con su vulnerabilidad y preferencias, el manejo de la información entregada, las expectativas y necesidades comunicativas.

Es necesario promover la cultura de la humanización de los servicios, así como el desarrollo a todo el personal de habilidades para la comunicación y el diálogo. Logrando una atención participativa e integradora.

De igual manera se hace evidente que a pesar de mejorar notablemente en el tiempo, la interacción comunicativa con los pacientes, aún existen limitantes en las dimensiones interpersonal y sociocultural descritas por el modelo sistémico de la comunicación, en cuanto al uso de estrategias diferentes para comunicarse, así como, la modalidad comunicativa y el poder contemplar aspectos socioculturales que influyen en la comunicación y por ende en el bienestar de los pacientes y sus familias.

Capítulo 5 – Conclusiones

5.1 Cumplimiento de objetivos y aportes

Se da cumplimiento al 100% de los objetivos, logrando establecer como aporte el diseño y validación de la encuesta basada en el Modelo Sistémico de la Comunicación Interpersonal y obteniendo las siguientes conclusiones:

Las condiciones clínicas del paciente repercuten directamente en el nivel de interacción comunicativa realizada con el profesional de la salud, presentando mayores limitantes en la expresión de sus necesidades, disminuyendo así la calidad de vida y el confort durante la estancia en las unidades de cuidado intensivo e intermedio.

Se evidencia que los profesionales de la salud hacen uso de: gestos, lenguaje corporal (apretar las manos, abrir y cerrar los ojos), contacto físico, movimientos cefálicos, respuestas dicotómicas de sí y no, para interactuar con los pacientes que se encuentran hospitalizados en las unidades de cuidado intensivo e intermedio y que presentan alguna limitación en su comunicación, sin embargo, es necesario que se reconozca que se pueden combinar las estrategias ya identificadas según sea el caso de cada paciente, con el fin de permitir una comunicación más efectiva.

Las estrategias menos empleadas durante la estancia hospitalaria en las UCI, hacen referencia al material audiovisual, a la generación de procesos escritos y uso de las TIC'S como herramientas de comunicación aumentativa y alternativa. Siendo un reto identificar por parte de los profesionales de la salud, el método de comunicación necesario y efectivo para los diferentes pacientes que son hospitalizados en estos servicios, dado las múltiples comorbilidades y características que allí se encuentran.

Desde la Fonoaudiología como profesionales expertos en comunicación, se hace importante hacer evidente la necesidad de generar espacios en los que se pueda contribuir al bienestar comunicativo del paciente, su familia y su equipo de salud, identificando las

necesidades de cada individuo y estableciendo así métodos o estrategias efectivas de comunicación, mediante la intervención directa y los servicios de asesoría y consejería.

La identificación oportuna de pacientes con dificultades de comunicación mediante la sensibilización al personal de salud, permitiría la disminución de barreras y el mejoramiento en la calidad de vida del paciente hospitalizado en las UCI, además el uso de medios tecnológicos como herramientas TIC'S podrían facilitar la interacción comunicativa.

Se hace necesario realizar en futuras investigaciones la implementación de un programa de capacitación para profesionales de la salud inmersos en la UCI, con el fin de determinar posibles cambios en la interacción comunicativa y en la percepción de las dificultades posterior al entrenamiento realizado.

5.2 Producción asociada al proyecto

a. Póster: Encuentro De Investigación En Salud – UCEVA Tuluá

b. Artículo resultado de investigación:

IMPACTO DE LA COMUNICACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS:

Una mirada desde el modelo sistémico de la comunicación humana interpersonal

5.3 Líneas de trabajo futuras

Se sugiere continuar con investigaciones que permitan posicionar al fonoaudiólogo en el campo de la humanización de la salud, debido a la experticia que se tiene en el campo de la comunicación, que resulta siendo la base de la humanización.

Anexos

ANEXO 1. Consentimiento informado



PERFIL COMUNICATIVO DEL PERSONAL ASISTENCIAL EN UNIDADES DE CUIDADO CRÍTICO

El objetivo de la Encuesta es caracterizar el perfil comunicativo del personal de salud en las unidades de cuidado crítico por medio de encuestas basadas en el Modelo Sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal

Dirección de correo electrónico: _____

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

Mediante la presente, se le solicita su autorización para participar de estudios enmarcados en el Proyecto de investigación Análisis del Modelo Sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal para determinar el perfil comunicativo del personal asistencial en Unidades de Cuidado Crítico. Dicho Proyecto tiene como objetivo caracterizar el perfil comunicativo del personal de salud en las unidades de cuidado crítico, por medio de encuestas basadas en el Modelo Sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal; con el fin de proveer evidencia que permita analizar el impacto de la comunicación en la humanización de los servicios de salud y por tanto en la calidad de los mismos. En función de lo anterior es pertinente su participación en el estudio, por lo que, mediante la presente, se le solicita su consentimiento informado. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una encuesta la cual le tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y los datos que se recojan, serán estrictamente anónimos y de carácter privado. Además, los datos entregados serán absolutamente confidenciales y sólo se usarán para los fines científicos de la investigación. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Es importante que usted considere que su participación en este estudio es completamente libre y voluntaria, y que tiene derecho a negarse a participar o a suspender y dejar inconclusa su participación cuando así lo desee.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación.

No acepto participar en la

Anexo 2.

Encuesta basada en el Modelo Sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal						
Por favor diligencie la siguiente encuesta seleccionando la respuesta que más se acerque a usted						
Sexo	Femenino		Masculino			
Edad						
Profesión						
Nivel académico	Técnico		Maestría			
	Profesional		Doctorada			
	Especialización		PHD			
DIMENSIÓN INTRAPERSONAL						
1. PREGUNTA/ OPCIONES DE RESPUESTA						
¿Domino el español y lo escribo cumpliendo mis propósitos comunicativos?						
Sí, soy hábil en el discurso oral y escrito.		Sí, pero con algunas dificultades para ser claro y darme a entender.		No lo domino bien.		
2. PREGUNTA/ OPCIONES DE RESPUESTA						
¿Prefiero comunicarme de forma verbal oral que de forma verbal- escrita con los usuarios/ familia y colegas?						
Sí, tengo buenas habilidades de expresión oral y escrita		Depende de la situación me va mejor hablando que escribiendo		Prefiero escribir que hablar.		
3. PREGUNTA/ OPCIONES DE RESPUESTA						
¿Es pertinente mi interacción cuando me comunico de forma escrita?						
Sí, escribo con gran claridad y me hago entender fácilmente		Suelo generar, algunas dudas en la interpretación de la información		No, usualmente son incomprensibles mis producciones escritas para los demás		
4. PREGUNTA/ OPCIONES DE RPTA						
¿Para mí es importante conocer a mi usuario, obteniendo más información ante el contacto directo con él y su familia y no solo por la historia clínica?						
Sí, prefiero obtener la información de primera mano e interactuar con el usuario y su familia.		No siempre logré tener una interacción continua con el usuario y me baso usualmente en la historia clínica.		Tomo los datos de la historia clínica, y tengo en cuenta la ronda realizada, es suficiente para mí.		
5. PREGUNTA/ OPCIONES DE RESPUESTA						
¿Sus habilidades de interacción actuales, le permiten dar información, ser clara con el usuario y su familia?						
Sí, me comunico de forma efectiva con mis usuarios dando a conocer la información de forma clara y entendible		Aún requiero fortalecer mis habilidades para comunicarme con el usuario y su familia		Me es difícil darle información al usuario y tener una comunicación efectiva con él y su familia.		
6. PREGUNTA/ OPCIONES DE RESPUESTA						
Considero mi estilo comunicativo al interactuar con el paciente y su familia como:						
El asertivo se comunica de manera directa aquello que uno mismo piensa y siente, siempre que crea que tiene valor y que no incomodará de manera excesiva a alguien		El pasivo este estilo se basa en la inhibición de esos pensamientos y sentimientos que en situaciones normales podrían ser expresadas. Se destaca por el contacto visual relativamente escaso, el tono de voz bajo, las respuestas cortas o con poca relación con lo que se habla, y un lenguaje no verbal que expresa actitud a la defensiva o inseguridad		El agresivo: Se caracteriza por elementos paraverbales y no verbales que expresan enfado o bien hostilidad. Por ejemplo, tono de voz elevado, tensión de los músculos, etc.		
7. PREGUNTA/ OPCIONES DE RESPUESTA						
¿Sé manejar mis emociones, para que no interfieran en la relación profesional- usuario/familia?						
Considero que cuento con adecuadas habilidades en escucha activa, empatía y capacidad de gestión emocional.		Tengo habilidad para reconocer lo que los demás están pensando y sintiendo, aunque me es difícil ser asertivo con el manejo de la información.		En ocasiones suelo ser impulsivo, sin lograr regular mis emociones de forma adecuada perdiendo la asertividad de mi comunicación.		

8. PREGUNTA/ OPCIONES DE RESPUESTA		
¿Me frustro cuando el usuario o su familiar no me entiende?		
No, siempre busco la forma de que la información que brindo sea entendible.	Aunque a veces se torna difícil y encuentro la forma de comunicarme siento leve frustración.	Sí, me frustro al no poder comunicarme y tiendo a desistir de la actividad, buscando ayuda en otros
9. PREGUNTA/ OPCIONES DE RESPUESTA		
¿Siento ansiedad al tener que comunicarme con un usuario que presenta algún tipo de discapacidad (intelectual, sensorial)?		
No, logro manejar este tipo de situaciones y mantener una comunicación eficiente.	A veces, se torna difícil tener una comunicación precisa y pertinente.	Sí, es muy difícil para mí lograr una comunicación efectiva.
10. PREGUNTA/ OPCIONES DE RPTA		
Interactuó con el usuario y su familia dándoles indicaciones y recomendaciones para el cuidado de su salud.		
Sí, de forma continua me dirijo a ellos de forma directa	Lo realizo con ocasional frecuencia.	No, prefiero delegar esas funciones en otros.
11. PREGUNTA/ OPCIONES DE RPTA		
¿Al dar información al usuario y familia sobre su estado de salud, uso estrategias que generen instancias de empatía, escucha, compromiso y amparo emocional?		
Siempre	A veces	Nunca
DIMENSIÓN INTERPERSONAL		
12. PREGUNTA/ OPCIONES DE RESPUESTA		
¿Saluda al usuario y establece herramientas orales, visuales, escritas y/o gestuales?		
Sí, identifico las facilidades de comunicación de cada usuario ante la interacción directa	Reconozco las dificultades comunicativas pero no siempre busco otros métodos de comunicación	Me es difícil reconocer y establecer otros canales de comunicación
13. PREGUNTA/ OPCIONES DE RESPUESTA		
¿Adapta su vocabulario para explicarle al usuario/ familia cada procedimiento y/o tratamiento a realizar.?		
Me es fácil adaptar mi vocabulario según el contexto en el que se encuentra cada usuario	Intento ser claro en las indicaciones dadas, aunque no siempre lo logro	Me es difícil adaptar el lenguaje, porque si no uso lenguaje técnico creo que daré información imprecisa.
14. PREGUNTA/ OPCIONES DE RESPUESTA		
Comunica los requerimientos continuos de cuidado, incluyendo rehabilitación de usuarios que se trasladan desde la UCI a profesionales, usuarios y familiares, con un lenguaje claro.		
Establezco un canal de comunicación directo con profesionales, usuarios y familiares	Doy a conocer la información ante la actualización continua de otros recursos: como la bitácora	Uso cada ronda y entrega de turnos, de forma exclusiva para esta función
15. PREGUNTA/ OPCIONES DE RESPUESTA		
Involucra a los usuarios y/o sus responsables en las decisiones acerca del tratamiento y cuidado		
Siempre indago con el usuario y la familia sobre la aceptación del tratamiento , dejando en claro beneficios y riesgos.	De ser posible, vinculo a la familia para definir la aceptación del tratamiento	La toma de decisiones la centro en lo que el usuario requiere
16. PREGUNTA/ OPCIONES DE RESPUESTA		
A pesar de las dificultades de comunicación, accede a diversas estrategias para entender las necesidades del usuario.		
Manejo diversas estrategias de comunicación para lograr comunicarme con cada uno de los usuarios que están bajo mi cuidado.	Manejo usualmente preguntas de SI/NO para reconocer y resolver las necesidades individuales	Reconozco cada necesidad por el contexto del usuario y su expresión corporal.
17. PREGUNTA/ OPCIONES DE RESPUESTA		
Se comunica efectivamente con usuarios y familiares		
Siempre entienden la información que les brindo y yo comprendo sus necesidades e inquietudes	Resuelvo las dudas de los usuarios, aunque a veces se confunden con la información que les doy	Presento dificultades en la comunicación ya que genero confusión, dudas o interpretaciones erróneas.

18. PREGUNTA/ OPCIONES DE RESPUESTA		
Se comunica efectivamente con miembros del equipo de atención de		
Manejo y reconozco los múltiples canales de comunicación y la prioridad de la información entre mi equipo en pro del usuario	A veces se presentan falencias en el manejo de la información.	No logro mantener una calidad de comunicación efectiva aceptable.
19. PREGUNTA/ OPCIONES DE RESPUESTA		
Permito abordar otros tópicos conversacionales con el paciente diferentes al tema clínico.		
Sí, es necesario dar espacios de interacción y vincular al paciente con la realidad actual.	De forma ocasional abordo otros temas de interés	No, solamente abordo temas concernientes al estado de salud del paciente.
DIMENSION SOCIOCULTURAL		
20. PREGUNTA/ OPCIONES DE RESPUESTA		
Identifico al usuario por su nombre completo		
Sí, lo llamo y me refiero a él por su nombre	Me es difícil, pero asocio el nombre a sus rasgos físicos	Usualmente no recuerdo los nombres y los ubico por número de habitación
21. PREGUNTA/ OPCIONES DE RESPUESTA		
Conozco y respeto el sistema de ideas prevalecientes por la cultura del usuario		
Sí, indago sobre sus creencias e ideales y las respeto	Usualmente solo identifico los cambios culturales ante la toma de decisiones.	Me es difícil enterarme del aspecto cultural del usuario.
22. PREGUNTA/ OPCIONES DE RESPUESTA		
Comprendo los cambios socioculturales y trato de equilibrar las diferencias al comunicarme con el usuario y su familia.		
Logro vincularme fácilmente y respetar los principios y valores, llegando a acuerdos, de forma continua	establezco acuerdos de forma inicial y no retomo esta información	Me es difícil manejar las diferencias socioculturales y busco un tercero como apoyo.
23. PREGUNTA/ OPCIONES DE RESPUESTA		
Identifico el lugar de procedencia y vivienda para comprender las diferentes situaciones socioculturales que se puedan presentar		
Sí, lo tengo en cuenta	A veces	No es relevante

Referencias

Achury Saldaña, D. M., Pinilla Alarcón, M., & Alvarado Romero, H. (2015). Aspects that facilitate or interfere in the communication process between nursing professionals and patients in critical state / Aspectos que facilitan o interfieren el proceso comunicativo entre el profesional de enfermería y el paciente en estado crítico / Aspectos que facilitam ou interferem o processo comunicativo entre o profissional de enfermagem e o paciente em estado crítico. *Investigación y Educación En Enfermería*, (1), 102. Retrieved from <http://ez.urosario.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edssci&AN=edssci.S0120.53072015000100012&lang=es&site=eds-live&scope=site>

Bautista Rodríguez, L. M., Arias Velandia, M. F., & Carreño Leiva, Z. O. (2016). Percepción De Los Familiares De Pacientes Críticos Hospitalizados Respecto a La Comunicación Y Apoyo Emocional / Percepção Dos Familiares De Pacientes Críticos Internados Em Relação À Comunicação E Apoio Emocional / Perception of Relatives of Hospitalized Critical Patients in Relation to Communication and Emotional Support. *Revista Cuidarte*, (2), 1297. <https://doi-org.ez.urosario.edu.co/10.15649/cuidarte.v7i2.330>

Cervantes, V. H. (2005). Interpretaciones del coeficiente alpha de Cronbach. *Avances en medición*, 3(1), 9-28.

Congreso de la república de Colombia (1997) Ley 376, ley de la profesión de fonoaudiología. Bogotá. Colombia. 4 de Julio de 1997. Recuperado De: https://www.mineduacion.gov.co/1759/articles-105005_archivo_pdf.pdf

Gaitan Gelvez, E., & Flórez Gutiérrez, S. (2014). La humanización y su impacto en el sistema de gestión de la calidad del Hospital de Fontibón en Bogotá. *SIGNOS - Investigación en sistemas de gestión*, 6(2), 87-99. doi:<https://doi.org/10.15332/s2145-1389.2014.0002.07>

González Ortega, Yariela. (2007). La enfermera experta y las relaciones interpersonales. *Aquichan* 2007; 7(2),130-138. Retrieved August 05, 2019, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972007000200003&lng=en&tlng=.

Happ, Mary Beth, Kathryn Garrett, Judith Tate, Dana DiVirgilio, Martin Houze, Jill Demirci, Elisabeth George, and Susan Sereika. "Effect of a Multi-level Intervention on Nurse-patient Communication in the Intensive Care Unit: Results of the SPEACS Trial." *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 43.2 (2014): 89-98. Clinical Key. Web. 19 Nov. 2018. <<https://www-clinicalkey-es.ez.urosario.edu.co/#!/content/playContent/1-s2.0-S0147956313004111?returnurl=null&referrer=null>>.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). Metodología de la investigación. Sexta Edición. Editorial Mc Graw Hill.

Pons Diez, Xavier. "La Comunicación Entre El Profesional De La Salud Y El Paciente: Aspectos Conceptuales Y Guía De Aplicación." Enfermería Integral 73 (2006): 27-34. Dialnet. Web. 22 Nov. 2018. <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1431432>>.

Rojas N.P., Bustamante-Troncoso CR, Dois-Castellón A. Comunicación entre equipo de enfermería y pacientes con ventilación mecánica invasiva en una unidad de paciente crítico. Aquichan 2014; 14(2): 184-195. DOI: 10.5294/aqui.2014.14.2.6

Velasco, J.M., Bueno, A., Alonso Ovies, G., Heras La Calle, and C Zaforteza, Lallemand. "Principales Demandas Informativas De Los Familiares De Pacientes Ingresados En Unidades De Cuidados Intensivos." Medicina Intensiva 42.6 (2018): 337-45. Clinical Key. Web. 19 Nov. 2018. <<https://www-clinicalkey-es.ez.urosario.edu.co/#!/content/playContent/1-s2.0-S0210569117302784?returnurl=null&referrer=null>>.