

# La comunicación, piedra angular en el cuidado de enfermería<sup>1</sup>

Martha Cecilia Madrigal Ramírez<sup>2</sup>

Constanza Forero Pulido<sup>3</sup>

Carmen Liliana Escobar<sup>4</sup>

SICI: 0124-2059(201307)15:2<49:LCPACE>2.0.CO;2-L

- 
1. Artículo de investigación. Recibido: 5 de octubre de 2012. Aprobado: 26 de junio de 2013.
  2. Enfermera. Magister en Educación. Profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: mmadrigal@tone.udea.edu.co
  3. Docente Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Enfermera, Universidad de Antioquia. Magister en Salud Pública, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: cforero@udea.edu.co.
  4. Docente Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Enfermera, Universidad de Antioquia. Magister en Enfermería, Universidad del Valle, Cali, Colombia. Correo electrónico: cliliana@tone.udea.edu.co.

## Resumen

Este trabajo se realizó en el momento del alta de los pacientes de una IPS de Medellín, Colombia. *Objetivo:* comprender el significado que tienen para un grupo de pacientes y sus familiares las estrategias comunicativas que emplean los estudiantes de enfermería cuando dan indicaciones para el cuidado en casa. *Metodología:* estudio cualitativo etnográfico; se emplearon 100 horas de observación, en el momento del alta y 15 entrevistas a pacientes y familiares. Se garantizó la confidencialidad en la divulgación de los datos. *Resultados:* los estudiantes imparten indicaciones, por medio de mensajes, demostraciones y material escrito, asumiendo que el paciente desconoce su situación de salud. Dichos mensajes pueden ser olvidados, recordados o modificados de acuerdo con el significado que le dan los pacientes de comprensivos o útiles. *Conclusiones:* los estudiantes de enfermería deben aprender habilidades comunicativas que les permitan establecer una relación de ayuda efectiva con el paciente y su familia.

*Palabras clave:* comunicación, educación, cuidado de enfermería, investigación cualitativa.

*Palabras clave descriptores:* Atención al paciente, enfermería, calidad de vida, Medellín (Colombia), comunicación en enfermería, Estudio de casos, cuidado y tratamiento, cuidado domiciliario.

## Communication, a cornerstone in the nursing care

### Abstract

This work was performed at patient discharge time in an IPS in Medellín, Colombia. *Objective:* To understand the meaning for a group of patients and their families of the communicative strategies used by students when they give directions for nursing home care. *Methodology:* qualitative ethnographic study. It involved 100 hours of observation, at the time of discharge and 15 interviews with patients and families. The participants were guaranteed confidentiality in disclosure of data. *Results:* Students taught indications, through messages, demonstrations and written material, assuming that the patient is unaware of their health status. These messages can be forgotten, remembered or modified according to the meaning the patients give to them, either comprehensive or useful. *Conclusions:* Nursing students must learn communication skills that enable them to establish an effective helping relationship with the patient and his family.

*Keywords:* communication, education, nursing, qualitative research.

*Keywords plus:* Patient care-Nursing, quality of life-Medellin (Colombia), communication in nursing case-study, care and treatment.

## A comunicação, pedra angular no atendimento em enfermagem

### Resumo

Este trabalho foi realizado no momento de alta dos pacientes de uma IPS de Medellín, Colômbia. *Objetivo:* compreender o significado que tem para uma turma de pacientes e os seus familiares as estratégias comunicativas empregadas pelos discentes de enfermagem quando eles dão indicações para o cuidado em casa. *Metodologia:* estudo qualitativo etnográfico; foram empregadas cem horas de observação, no momento da alta e quinze entrevistas a pacientes e familiares. A confidencialidade na divulgação dos dados foi garantida. *Resultados:* os discentes emitem indicações por meio de mensagens, demonstrações e material escrito, assumindo que o paciente desconhece sua situação de saúde. Tais mensagens podem ser esquecidos, lembrados ou modificados de acordo com o significado que acharam os pacientes no que diz respeito a sua compreensão ou utilidade. *Conclusões:* os discentes de enfermagem devem aprender habilidades comunicativas que lhes permitam estabelecer uma relação de ajuda efetiva com o paciente e sua família.

*Palavras chave:* comunicação, educação, atendimento em enfermagem, pesquisa qualitativa.

*Palavras chave descriptor:* patient care, enfermagem, qualidade de vida, Medellín (Colômbia), comunicação em enfermagem, estudo de caso, cuidados e tratamento, atendimento domiciliar.

## Introducción

El cuidado —objeto de estudio de la disciplina de enfermería— tiene entre sus pilares el establecimiento de una *buena comunicación* enfermera(o)-paciente-familia, mediada principalmente por el lenguaje verbal; sin embargo, se sabe que no solo la palabra es mediación en la comunicación, pues cuando se habla de esta, hay que tener en cuenta aspectos que permiten leer o interpretar al otro que participa en el acto comunicativo, como gestos, sonidos, miradas y contacto, los cuales adquieren significado de acuerdo con cada cultura. Birdwhistell afirma: “No hay gestos universales. Por lo que sabemos, no hay una sola expresión facial, postura o posición del cuerpo que tenga el mismo significado en todas las sociedades” (1).

De ahí el valor de indagar sobre las diferentes situaciones del proceso comunicativo, pues comprender la comunicación humana y su valor en el arte del cuidar aporta de modo importante a la educación para el cuidado de sí y es un reto para la profesión de enfermería y las instituciones formadoras de futuros profesionales.

Por lo tanto, la racionalización del proceso comunicativo, desde la enseñanza, permite crear estrategias orientadoras para una buena comunicación, de tal forma que se genere una verdadera relación de ayuda con los pacientes, además de la participación activa y efectiva, por parte de paciente, en la recuperación de su salud.

Este trabajo pretende mostrar la importancia de la enseñanza del acto comunicativo en el arte del cuidar, en el cual todas las acciones, los gestos y las palabras utilizados como mediación en la comunicación tienen inmersa una intencionalidad.

El equipo de investigación centró su atención en exponer la relación existente entre las diferentes maneras que utilizan los estudiantes de enfermería para explicar los procedimientos del cuidado postinstitucional y la comprensión y aplicación que hace el paciente y la familia durante la recuperación.

## Objetivo general

Comprender el significado de la experiencia que tienen los pacientes y familiares acerca de las estrategias comunicativas usadas por los estudiantes de enfermería cuando dan indicaciones para el cuidado en casa.

## Metodología

Se realizó una investigación de tipo cualitativo (2) con una perspectiva de etnografía focalizada, que se refiere al estudio de un aspecto específico de un grupo, donde el etnógrafo investiga un solo aspecto de la cultura, en un corto periodo, y donde el centro está en un grupo de personas que comparten características sociales y culturales semejantes (3). Se tuvo presente la definición de cultura de Clifford Geertz (4): “urdimbre de tramas y significados que el hombre mismo ha tejido y cuyo análisis puede darse desde una ciencia interpretativa en busca de significaciones” que permitan

“aprender acerca de la vida social y cultural de comunidades, instituciones y otros escenarios”. Este enfoque nos permitió comprender el significado que les daban los pacientes y su familia a las indicaciones recibidas por parte de estudiantes de enfermería, para el cuidado en casa.

Los estudiantes participantes pertenecían a los semestres séptimo y octavo de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia (Medellín, Colombia) y se encontraban desarrollando su práctica clínica bajo la supervisión del docente.

Los pacientes fueron adultos que habían estado sometidos a un procedimiento quirúrgico, quienes recibieron en el momento del alta, por parte de estudiantes, las recomendaciones para el cuidado en casa y aceptaron participar en el estudio.

Se realizaron 100 horas de observación, en cuatro pisos de hospitalización y en el área de cirugía. La atención se centró en la manera como el estudiante de enfermería dirigió el encuentro educativo en el momento del egreso de los pacientes, en el lenguaje utilizado en los mensajes verbales, en las posturas corporales de ambos (estudiante y paciente), en los gestos, en las miradas, en los movimientos y en los sentimientos expresados. Luego, de manera detallada, como recomienda Mauss (5), la información recolectada se consignó en el diario de campo.

Se entrevistaron 15 pacientes y 10 familiares, que acompañaban en el momento de la visita domiciliaria y que también estuvieron presentes durante el encuentro educativo en el hospital, una o dos semanas después, de modo que ni la situación de salud ni la emotividad influyeran en las respuestas. Como afirma Morse (6), es mejor dejar pasar un tiempo para que las personas cuenten sus experiencias más desde la reflexión que desde la emotividad. Las entrevistas fueron abiertas y se les solicitó a los participantes que hablaran acerca de las recomendaciones recibidas en el momento del alta, para procurar la libre expresión de los participantes y, así, comprender el significado que para ellos tuvo la manera como los estudiantes de enfermería les comunicaron las indicaciones para el cuidado en casa.

Teniendo en cuenta “el carácter emergente del estudio” (7), el análisis se efectuó con la obtención de los datos. Se inició con una lectura general de la información transcrita y la consignada en los diarios de campo; luego se separaron por párrafos, para después fragmentar y reagrupar en encabezados temáticos. Así se obtuvo un cuadro categorial.

## Rigor

Tanto el diálogo que se sostuvo durante el encuentro educativo como las entrevistas se grabaron y se transcribieron a la mayor brevedad, para lograr el máximo de fidelidad en la información recolectada. Ello permitió detectar aspectos deficientes o insuficientes. La información se consideró saturada cuando el análisis del material recolectado, incluido el diario de campo, no arrojó nada nuevo.

Castillo (8) describe los criterios que se deben tener en cuenta para evaluar la calidad científica en la investigación cualitativa: la credibilidad, la auditabilidad y la transferibilidad. La credibilidad se logró por medio de un trabajo sistemático de recolección de información durante un tiempo prolongado, en el que los participantes expresaron lo que pensaban y sentían. Se partió del enfoque *emic*, en el que se describe el significado que los entrevistados tienen de la información recibida por los estudiantes para el cuidado en casa.

Por otra parte, la auditabilidad se logró mediante el archivo de las entrevistas en medio magnético y escrito, con su posterior análisis. Ello permitió a otros investigadores, a partir de ellas, llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original, siempre y cuando se tuvieran perspectivas similares.

En cuanto a la transferibilidad, con los resultados de este estudio se puede elaborar una propuesta que facilite los procesos educativos en la formación de profesionales de enfermería.

## Consideraciones éticas

Las consideraciones éticas se basaron en “la confidencialidad de la información, la garantía de guardar la privacidad de los participantes, el respeto a su autonomía al aceptar o no la participación en la investigación, el uso de los datos con fines exclusivos para este proyecto” (9).

La investigación se consideró libre de riesgo, de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 (10). Las personas que aceptaron participar firmaron un consentimiento informado. Durante la entrevista y la grabación se garantizó la confidencialidad de la información, al precisar los datos de manera impersonal. Los nombres de los participantes en las entrevistas y los diarios de campo se cambiaron. La institución autorizó por escrito la recolección de la información. Las investigadoras no tienen conflicto de intereses.

## Resultados

Cuando el paciente fue dado de alta, los estudiantes planificaron un encuentro educativo con él y su(s) acompañante(s), con propósitos educativos para el cuidado en casa, orientado de acuerdo con las recomendaciones médicas y los problemas de salud del paciente, detectados en la valoración de enfermería.

Se pudo observar que los asuntos tratados durante el encuentro se recordaron, olvidaron o modificaron por los pacientes según sus experiencias y las de sus acompañantes, el momento, las interferencias ocasionadas en el ambiente y la forma como el estudiante se dirigió a él (ellos).

Se parte de la información recibida por el paciente y la familia considerando que esta experiencia les genera un significado que los induce a realizar las acciones de cuidado en casa. Los testimonios se presentan como el diario de campo del observador (DC) y la información obtenida en las entrevistas (E).

## Experiencias de los pacientes y la familia

Las indicaciones impartidas por los estudiantes en el momento del alta del paciente partieron de la premisa de que el paciente desconocía su problema de salud y la forma de recuperarla: “Las recomendaciones fueron muy mínimas, ya yo las sabía manejar. Es que ya yo llevo 20 años con mi discapacidad, que me he valido por sí misma” (E5F).

Durante el encuentro se presentaron situaciones relacionadas con el entorno y las personas, que operaron como distractores y pusieron barreras a la comunicación:

*El entorno* (habitaciones, pasillos y salas de espera de los servicios de hospitalización y cirugía): alterado por intenso ruido y movimiento de personas, distrajo a los participantes; por lo que fue necesario repetir la información.

*El paciente*: receptor de la información, interfirió con la comunicación al conversar por teléfono o con el acompañante, o cuando asumió una actitud de aislamiento.

*La familia*: fuente de interferencia, cuando se dedicó a actividades como organizar el equipaje, hablar con el paciente, el compañero de habitación o por teléfono. “La familiar llamaba por celular mientras recibía las indicaciones; la estudiante continuó hablando sin hacer pausa” (DC).

*El estudiante*: interfirió cuando se mostró repetitivo, evasivo y ausente. “El paciente preguntaba y el estudiante, ignorando la pregunta, continuó con su discurso” (DC).

*La actitud de los estudiantes*: en ocasiones fue segura, tranquila. Exponía pausadamente y en tono audible mirando a su interlocutor; en otros momentos, insegura, exposición rápida, manos temblorosas, mirada evasiva.

*El paciente y el acompañante*: en general, mantuvieron actitud de escucha. La actitud del estudiante no parecía afectar a sus interlocutores. “Mientras el estudiante hablaba, ellos lo miraban y afirmaban con movimientos de cabeza” (DC).

Los mensajes que el estudiante transmitía a los pacientes y familia se caracterizaron por mezclar el lenguaje técnico propio de la enfermería con frases inconclusas o sin sentido, mensajes negativos y, en ocasiones, intimidantes que parecían confundir al paciente y a su familia; también hubo mensajes tranquilizadores.

Fue claro que los significados se construyeron de acuerdo no solo con la información recibida, sino también con el tipo de lenguaje que utilizaron los estudiantes, como se puede observar en el siguiente cuadro.

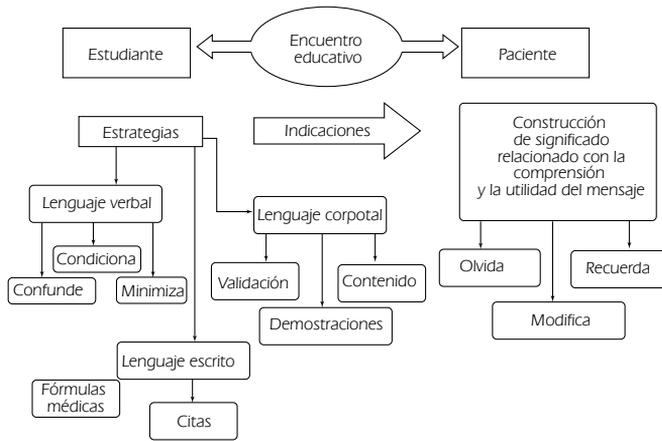
Los estudiantes centraron el contenido del discurso en los signos de alarma y las razones para consultar. Lo acompañaron con demostraciones físicas, indicando en el cuerpo la delimitación de un área o la técnica de un procedimiento; utilizaron también la abstracción, dibujando en el aire situaciones que en la realidad no tenían la posibilidad de mostrar. Los pacientes imitaron y repitieron las instrucciones. Este momento fue aprovechado por los estudiantes para aclarar lo que consideraron necesario. Además, entregaron material escrito (fórmulas y citas) que leyeron en voz alta sin mayores comentarios ni recomendaciones: “Debe tomarla cada 8 horas” (DC).

## Significados construidos por los participantes

Los participantes construyeron significados a partir de tres fuentes: la información que recibieron durante el egreso, las propias experiencias y las experiencias de otros. Dicho significado tuvo relación con la comprensión y la utilidad del mensaje y les permitió recordar, olvidar o modificar las indicaciones recibidas.

La figura 1 resume la relación de las estrategias utilizadas por los estudiantes al proporcionar las indicaciones para el cuidado en casa y el significado que construyen los participantes.

**FIGURA 1.** Construcción de significados



FUENTE: Martha Cecilia Madrigal R., Constanza Forero P. y Carmen Liliana Escobar C.

## Mensajes que se recuerdan

Los participantes recordaron con facilidad indicaciones escritas, demostrativas y fundadas en el temor:

*Escritas:* fórmulas médicas, incapacidades, exámenes de control y citas:

Esta es la fórmula... Esta capsulita se la va a tomar en la mañana en ayunas, apenas se la tome, a los 30 minutos, ya puede desayunar (E6).

... este papelito para que reclame en patología el resultado de una biopsia que le tomaron cuando le hicieron el examen (E6).

*Demostrativas:* las realizadas sobre un procedimiento específico, cuando se delimitó el área en el cuerpo del paciente o de quien daba la instrucción, o la técnica de un procedimiento, los participantes recordaron e imitaron:

Ustedes empiezan a limpiar de un lado para el otro pero nunca devolverse porque vuelven y contaminan (limpia la herida con gasa impregnada de solución salina y la pasa de extremo a extremo), o si van a empezar, de

acá para acá, pero nunca devolverse, y lo hacen con movimiento circular (DC).

*Énfasis en el aspecto negativo:* “No se ventee”, “No se agache”, “No haga fuerza”.

*Intimidatorias o amenazantes:*

No, no se puede agachar, porque si se agacha se le aumenta la presión en el ojo y se le puede salir el lente, o sangra y se daña la cirugía.

Hasta mi nieto dice: abue, que no se agache, acuérdesse que el doctor dijo que se le va a salir el ojo.

## Mensajes que se olvidan

Los participantes olvidaron los mensajes cuando la comunicación fue interferida, cuando delegan en otro la responsabilidad de su cuidado, cuando el mensaje es confuso o cuando no consideran necesario recordar. Los participantes se distrajeron fácilmente y no centraron la atención en el mensaje.

E: La sangre es la que lleva todos los nutrientes, entonces al llevar todos los nutrientes tenemos que comer bien; pero sabemos que usted no se puede exceder con los dulces, ni con el café, ni con el azúcar, ni con la sal por lo de la hipertensión arterial.

Pf: El riesgo que se le estén obstruyendo las venitas (enfermera interrumpe)

Cuando el paciente delega el cuidado en otro, también delegan la responsabilidad de recibir la información.

Yo tengo una memoria... que a mí me dicen las cosas y todo se me olvida, más fácil dígame al hijo mío, que está allá, y tiene más memoria que yo (DC).

Cuando los estudiantes utilizaron lenguaje propio de la profesión o redundaron, el mensaje no fue comprendido y fue olvidado:

E: ... que la materia fecal salga lisa, ¿sí? ¿Cómo me hago explicar? O sea... que no salga así, como con morritos, sino lisita, como es normal, o sea no con deformidades, normal.

E: ... además de eso también, para mirar el funcionamiento de la próstata ¿qué va a hacer?, se va a mirar si tiene síntomas, por ejemplo, como que le disminuya el chorro de la orina, que usted siente que orina pero no queda como totalmente vaciada la vejiga (E6).

Cuando la enfermedad no les causa problemas o limitaciones, tanto los pacientes como la familia olvidan las indicaciones: “Porque como uno no está sufriendo con la enfermedad entonces no se acuerda de las cosas” (E1).

## Mensajes que se modifican

Los participantes interpretaron las indicaciones de acuerdo con sus propias experiencias e intereses. En ellos influyeron los conocimientos obtenidos por sí mismos o a través de otros; además, sus costumbres pesan sobre sus acciones. También modifican las frases “de cajón”, o sea, las que usa de forma habitual el personal de salud o que están incompletas: “... pongo a hervir el agua, le echamos sal, me dijo una señora” (E1); “Allá no me explicaron, pero yo de todas maneras... yo sí me los hacía” (E3).

Las construcciones a partir de la interacción dan lugar a costumbres que prevalecen y los pacientes adecúan los mensajes a ellas: “... las gotas, me dijeron que para desinflamar y para evitar mucho el dolor, que tenía que ser muy cumplido, y me dijeron que tenía que tomar con agua panela, no muy poquita sino más o menos, que por la gastritis, que me podía dar gastritis” (E2: paciente diabética).

Los estudiantes usaron expresiones recurrentes como *tener mucho cuidado*, que son parte de su cotidianidad y utilizadas por el personal de salud, en general. Dichos mensajes los interpretaron de diferente forma los participantes, al realizar los cuidados en la casa: tener mucho cuidado es “Estarla lavando, tenerla bien organizada” (E3), “No hacer calaveradas” (DC), “No desmandarme sobre el polvo, el agua panela” (E2), “Que de pronto pasaba algo más grave” (E4).

## Discusión

Es innegable la importancia del proceso comunicativo para establecer relaciones entre los seres humanos. La capacidad para comunicarse de manera racional, es decir, con intencionalidad y sentido, es un rasgo propio del ser humano y, por lo tanto, un acto colmado de complejidad (11).

Según West y Turner (12) la comunicación tiene como objetivo principal entender; pero hay que tener en cuenta que el logro del objetivo depende de diferentes factores intrínsecos y extrínsecos de quienes intervienen en el acto comunicativo:

La comunicación es una actividad humana relacional en la que se ponen en juego conciencias subjetivas que a partir de conocimientos más o menos compartidos logran comprender de forma similar las estrategias básicas de comportamientos en el mundo de la vida y, resultado de ello, logran comprenderse unas a otras y conferir sentidos similares al entorno. (13)

Si a lo anterior se suma el significado de la raíz latina de la palabra *communicatio-commūnicio* (comunicación) (14), es decir, poner en común, se puede afirmar que son condición indispensable en el proceso comunicativo los códigos comunes entre los sujetos partícipes. Considerado así el asunto, se nota que tanto la comunicación como la manera de comunicarse desempeñan un papel importante en las relaciones humanas, especialmente en aquellas

donde es necesario establecer una relación de ayuda, como en la relación enfermera-paciente-familia, pues “consiste en posibilitar relaciones humanas potenciadoras de actitudes que favorezcan las interrelaciones humanas” (15).

Se decía inicialmente que la comunicación es un acto complejo. Aunque la intencionalidad de los sujetos es la monosemia (cada uno de los participantes del acto comunicativo tiene la intención de que su interlocutor entienda el mensaje como él mismo lo entiende), la realidad es que la comunicación es polisémica y el significado que cada quien le dé depende, además de códigos comunes, de los sujetos y su entorno, pues cada individuo tiene sentimientos, conocimientos, percepciones, intenciones y posibilidades diferentes, influenciadas por sus raíces culturales y por el entorno, compuesto por espacios, situaciones, momentos y barreras que afectan de diferentes maneras el acto comunicativo. Así, “La comunicación es un proceso social en el que los individuos utilizan símbolos para establecer e interpretar el significado de su entorno” (13). Por lo tanto, tampoco existe una única manera de interpretar ni de comprender.

Lo anterior apoya los hallazgos de este trabajo, en los cuales los pacientes dieron significados diferentes a las indicaciones recibidas, y tanto las estrategias utilizadas como el tipo de mensajes influyeron de diferente manera para su aplicación o no. Esto coincide con los hallazgos de Acinas (16) en varias investigaciones donde afirma que ante las recomendaciones terapéuticas, los pacientes tenían una comprensión inadecuada de los mensajes. Ella lo explica de dos maneras: la primera “[...] podría deberse a una inadecuada información por parte del profesional”, y la segunda, a “las creencias” que los pacientes tienen sobre la enfermedad, lo que puede llevar a hacer “interpretaciones inexactas de los mensajes que reciben” (16).

Por lo anterior, el cuidado de enfermería no es posible sin una comunicación consciente, en la cual donde quien cuida no solo tiene la responsabilidad de hacerse comprender por el otro, sino de comprenderlo. Es precisamente ahí donde radica la complejidad de la comunicación en la relación enfermera-paciente-familia. Relación en que cobra relevancia la necesidad de verificar, el significado que le asigne el receptor al mensaje recibido.

Se suma a lo dicho que la comunicación se complejiza más en un mundo globalizado, donde los diferentes lenguajes existentes abren brechas cada vez mayores en las culturas y las generaciones. De ahí la importancia de que el futuro profesional de enfermería conozca los códigos utilizados por el paciente/familia (receptor) y cree códigos comunes que faciliten el proceso comunicativo.

Es necesario tener en cuenta el espacio de encuentro para conseguir una comunicación efectiva, donde el cuidado de la salud sea el eje en la relación enfermera-paciente-familia, sin olvidar que “el encuentro entre una enfermera y un paciente, en cualquier ámbito del cuidado, supone la interrelación de dos seres humanos que, ante todo, son personas” (17), que comparten un momento importante de aprendizaje mutuo, donde el primero tiene la responsabilidad de cuidar y enseñar, pero siempre en el reconocimiento del otro como ser humano pensante y participante tanto del proceso comunicativo como del cuidado.

Es de anotar que aun cuando en la relación enfermera-paciente-familia se privilegia la palabra (18), hablada como medio de comunicación, no se puede pasar por alto que nunca está aislada de la comunicación no verbal (19), pues cuando se habla, también se emplean gestos, movimientos, miradas y tonos de voz que significan para el interlocutor. Por esto, cuando se trata de enseñar a otro a cuidar su salud, no basta la pretendida claridad de la palabra; cada gesto, cada movimiento, cada mirada, debe transmitir una intención, enfatizar lo que se dice, pero siempre en un marco de respeto por los conocimientos y la cultura del otro. Todo esto es lo que permite crear códigos comunes en pro de una comunicación que realmente aporte al objeto de la disciplina, el cuidado de la salud.

Ahora bien, cuando no hay claridad en los códigos, como se pudo apreciar en la investigación, cuando el cuidador parte de sus propios saberes y desconoce los saberes y las expectativas del paciente o cuando no existe posición de escucha, se ocasiona confusión en el interlocutor. Si, además, se suman otras barreras en la comunicación, como el espacio, el ruido y los transeúntes, el mensaje, que tiene como objetivo enseñar, se deforma y da como resultado un aprendizaje inadecuado.

Díaz (20), en su artículo “Persona, mente y memoria”, describe el recuerdo como algo aprendido y lo relaciona con los estímulos y las experiencia; por lo tanto, implica el significado que se construye y que debe tenerse en cuenta en la comunicación con la familia y que se identifican en la investigación. Así, recuerdan lo que les genera un sentimiento, como el temor, y lo que pueden experimentar por medio de una vivencia y que pueden asociar.

La recuperación y modificación de la información, para Díaz (20), dependen de la interferencia que se presente en el contexto y con otro conocimiento similar que tengan las personas. En nuestro trabajo se identifica lo mismo que plantea el autor y nos muestra la importancia de ubicar un buen ambiente y reconocer los conocimientos previos que tienen las personas.

Ahora bien, si las investigaciones coinciden en que hay fallas en el proceso comunicativo en la relación enfermera-paciente-familia, se vislumbra la importancia de proveer los elementos necesarios y suficientes para que los futuros profesionales de enfermería creen conciencia sobre el valor de la reflexión constante en este asunto, pues la comunicación y sus estrategias son habilidades aprendidas. Así, para la enfermería, la enseñanza y el estudio del proceso comunicativo en la relación enfermera-paciente-familia son obligatorias, pues abren posibilidades de participación de los pacientes en su proceso de recuperación, de manera activa y comprometida con su propio cuidado.

Si a lo anterior se agrega el concepto propuesto por Peplau: “La Enfermería es un proceso terapéutico interpersonal” (21), se puede afirmar que la comunicación es uno de los pilares sobre los que se apoya el cuidado. De este modo, por los resultados de este trabajo, y considerando la relación interpersonal como el núcleo de la práctica de la enfermería, se asevera que los profesionales de enfermería están en el deber de pensar el proceso comunicativo que se establece cuando cuidamos.

## Conclusiones y recomendaciones

- Los participantes construyeron significados a partir de tres fuentes: la información que recibieron durante el egreso, las propias experiencias y las experiencias de otros.
- Los participantes recuerdan olvidan o modifican las indicaciones recibidas de acuerdo con las interferencias que se presentan en el contexto y con sus propios conocimientos.
- Los estudiantes imparten indicaciones, por medio de mensajes, demostraciones y material escrito, asumiendo que el paciente desconoce su situación de salud. Dichos mensajes pueden ser olvidados, recordados o modificados según el significado que le dan los pacientes de comprensivos o útiles.
- Durante el encuentro se presentaron situaciones relacionadas con el entorno y las personas, que operaron como distractores y pusieron barreras a la comunicación:
- El entorno alterado por intenso ruido y movimiento de personas distrajo a los participantes, por lo que se hizo necesario repetir la información. El paciente (receptor de la información) interfirió con la comunicación al conversar por teléfono o con el acompañante o cuando asumió una actitud de aislamiento, y la familia se constituyó en fuente de interferencia cuando se dedicó a actividades como organizar el equipaje, hablar con el paciente, el compañero de habitación o por teléfono.
- Al impartir las indicaciones para el cuidado en casa en el momento del egreso, no se tiene en cuenta al paciente como sujeto pensante y responsable de su propio cuidado; se omite o se desdeña su saber, pues no se parte de su conocimiento sobre su situación de salud ni se indaga sobre lo que él supone necesitar para su autocuidado. Así que cuando surge un interrogante, las personas actúan de acuerdo con experiencias previas y costumbres.
- Es importante la palabra en el cuidado, pues cuando se utiliza un lenguaje técnico propio de la disciplina, causa ruido en el interlocutor, rompe la comunicación y desvía el objetivo del mensaje. Lo mismo ocurre cuando se habla de manera redundante o se dejan frases inconclusas.
- La actitud insegura, cuando se produce un encuentro con el objetivo de enseñar el cuidado de la salud, disminuye la posibilidad de comprensión y aprehensión del mensaje. De ahí la importancia de que la enfermera tenga conceptos claros que le permitan crear un ambiente de aprendizaje significativo para el paciente y su familia.
- El espacio donde se realizan los encuentros educativos para el cuidado de la salud es importante, en la medida en que propicia o no la concentración de quienes intervienen. Las interferencias que ocasionan las actividades propias de los servicios de la institución de salud aumentan la dificultad en la comunicación y, desde luego, en el logro del objetivo.

- Las habilidades comunicativas para la relación de ayuda enfermera-paciente-familia deben ser enseñadas, razonadas, discutidas y validadas por medio de permanente indagación y reflexión sobre los diferentes aspectos de la comunicación.
- Los resultados de este estudio ayudarán no solo al personal de enfermería, sino también a las instituciones formadoras del recurso humano en salud, a entender la importancia del proceso comunicativo, con intencionalidad y sentido, lo que permitirá ofrecer los soportes y apoyos necesarios, a través de diferentes estrategias, que incluyan el fortalecimiento de las habilidades comunicativas.

## Referencias

1. Birdwhistell RL. El lenguaje de la expresión corporal. Barcelona: Gustavo Gili; 1979.
2. Woods P. La escuela por dentro: la etnografía en la investigación educativa. Barcelona: Paidós; 1998.
3. Boyle J. Estilos de etnografía. En: Morse J. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003. p. 199-211.
4. Geertz C. La interpretación de las culturas. Barcelona: Gedisa; 2003.
5. Mauss M. Manual de etnografía. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2006.
6. Morse J. Los métodos cualitativos: el estado del arte. Rev Univ Guadalajara [internet]. 1999-2000 [citado 2011 ene 19];(17). Disponible en: <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug17/2metodos.html>.
7. Galeano ME. Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Medellín: Fondo Editorial Universidad Eafit; 2003.
8. Castillo E, Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colombia Médica [internet]. 2003 [citado 2012 dic 3];34(3). Disponible en: <http://www.bioline.org.br/pdf?rc03025>.
9. Gómez G, Molina M. Evaluación ética de los proyectos de investigación: una experiencia pedagógica. Invest Educ Enferm. 2006;24(1):68-77.
10. Resolución 8430/1993, octubre 4, normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, artículo 11.
11. García M, Wong F. Comunicación y educación [internet]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2008 [citado 2010 oct 15]. Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/2976622/Educacion-y-Comunicacion>.
12. West R, Turner LH. Teoría de la comunicación: análisis y aplicación. Madrid: McGraw Hill; 2005.
13. La comunicación ¿ciencia u objeto de estudio?: reflexiones en torno a la posibilidad de una ciencia general de la comunicación. En: XIII Encuentro Latinoamericano de Facultades de comunicación social. La comunicación en la sociedad del conocimiento: desafíos para la universidad; La Habana, Cuba; 19-22 de octubre de 2009.

14. Kaplún M. Una pedagogía de la comunicación. Madrid: De la Torre; 1998.
15. Cinabal L, Arce MC, Carballal MC. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. Madrid: Elsevier; 2003.
16. Acinas MP. Habilidades de comunicación y estrategias asistenciales en el ámbito sanitario. Madrid: Alcalá; 2004.
17. Mejía Lopera ME. Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. *Index Enferm.* 2006;54:48-52.
18. Naranjo IC, Ricaurte GP. La comunicación con los pacientes. *Invest Educ Enferm.* 2006;24(1):94-8.
19. Knapp M. La comunicación no verbal: el cuerpo y el entorno. Buenos Aires: Paidós; 1985.
20. Díaz JL. Persona, mente y memoria. *Salud Ment* [internet]. 2009 Dic [citado 2013 may 26];32(6):513-26. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252009000600009&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000600009&lng=es).
21. Peplau H. Relaciones interpersonales en la enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería sicodinámica. Barcelona: Salvat; 1990.