

**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE
AMAZONAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**ESTILOS DE COMUNICACIÓN DE LOS
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA, HOSPITAL
REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA. CHACHAPOYAS,
2017.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

Autora : María Rosario, Solís Mundaca

Asesor : Dr. Policarpio Chauca Valqui

CHACHAPOYAS – PERÚ

2017

**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE
AMAZONAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**ESTILOS DE COMUNICACIÓN DE LOS
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA, HOSPITAL
REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA. CHACHAPOYAS,
2017.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

Autora : María Rosario, Solís Mundaca

Asesor : Dr. Policarpio Chauca Valqui

CHACHAPOYAS – PERÚ

2017

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida y guiar mis pasos por este sendero, iluminar mis pensamientos para no desfallecer y seguir adelante hasta lograr hacer realidad mis sueños.

A mis padres lo más importante en mi vida, quienes me brindaron su apoyo incondicional durante mis estudios, quienes me enseñaron a ser fuerte y seguir adelante ante cualquier obstáculo.

A mis hermanos quienes me dieron siempre una palabra de aliento.

AGRADECIMIENTO

A todos los profesionales de Enfermería, Hospital Regional Virgen de Fátima; por haber permitido la recolección de datos, ya que sin ellos el presente estudio no se hubiera concluido.

Al Director del Hospital Regional Virgen de Fátima, por la autorización brindada para hacer posible la recolección de datos.

Al Dr. Policarpio Chauca Valqui, por su acertado asesoramiento, colaboración, apoyo y comprensión en la realización del presente estudio.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Dr. POLICARPIO CHAUCA VALQUI

Rector

Dr. MIGUEL ANGEL BARRENA GURBILLON

Vicerrector Académico

Dra. FLOR TERESA GARCIA

Vicerrectora de investigación

Dr. EDWIN GONZALES PACO

Decano de la Facultad de ciencias de la salud

Mg. WILFREDO AMARO CÁCERES

Director de la escuela profesional de Enfermería

VISTO BUENO

Yo, Dr. Policarpio Chauca Valqui identificado con DNI N° 25852185 con domicilio legal en Jr. Higos Urco s/n. Dr. Ciencias de Administración de Educación de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Docente nombrado de la Facultad de Ciencias de la Salud en la Categoría de Principal de Tiempo Completo. **DOY VISTO BUENO**, a la tesis titulada: **“ESTILOS DE COMUNICACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA, HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA. CHACHAPOYAS, 2017.”**. Que estuvo conducida por la tesista **María Rosario, Solís Mundaca**. Para optar el título Profesional de Licenciada en Enfermería en la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.

Por lo tanto

Firmo la presente para mayor constancia

Chachapoyas 13 de Febrero del 2018.

Dr. Policarpio Chauca Valqui
Asesor de tesis

JUDADO CALIFICADOR

(Resolución de Decanato N° 147-2018 UNTRM-VRAC/F.C.S.)

Dr. EDWIN GONZALES PACO

Presidente

Mg. CARLA ORDINOLA RAMÍREZ

Secretaria

Mg. OSCAR PIZARRO SALAZAR

Vocal

Mg. ERWIN ALBERTO CABRERA SOTO

Accesitario

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
AUTORIDADES UNIVERSITARIAS	iii
VISTO BUENO DEL ASESOR	iv
JURADO DE TESIS	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	viii
ÍNDICE DE ANEXOS	ix
RESUMEN	x
ABSTRAC	xi
I. INTRODUCCIÓN	01
II. OBJETIVOS	04
III. MARCO TEÓRICO	05
IV. MATERIAL Y MÉTODO	20
V. RESULTADOS	23
VI. DISCUSIÓN	28
VII. CONCLUSIONES	33
VIII. RECOMENDACIONES	34
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
X. ANEXOS	38

INDICE DE TABLAS

Pg.

Tabla 01	Comunicación general de los profesionales de Enfermería, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2017.	46
Tabla 02.	Comunicación verbal y no verbal de los profesionales de Enfermería, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2017.	47
Tabla 03.	Comunicación general según edad de los profesionales de Enfermería, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2017.	64
Tabla 04.	Comunicación general según sexo de los profesionales de Enfermería, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2017.	64
Tabla 05.	Comunicación general según servicio en que laboran los profesionales de Enfermería, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2017.	65
Tabla 06.	Comunicación general según tiempo de trabajo que laboran los profesionales de Enfermería, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2017.	65

ÍNDICE DE FIGURAS.

Pg.

Figura 01.	Comunicación general de los profesionales de Enfermería, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2017.	46
Figura 02.	Comunicación verbal y no verbal de los profesionales de Enfermería, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2017.	47

INDICE DE ANEXOS

		Pg.
Anexo 01.	Matriz de consistencia	38
Anexo 02.	Operacionalización de variables	39
Anexo 03.	Formulario de cuestionario	42
Anexo 04.	Tablas de contingencia	45
Anexo 05.	Validez del instrumento	53
Anexo 06.	Confiabilidad del instrumento	54

RESUMEN

El presente estudio fue de enfoque cuantitativo; de nivel descriptivo; de tipo: observacional, prospectivo, transversal y de análisis univariado. Cuyo objetivo fue: Determinar los estilos de comunicación que existe en los profesionales de Enfermería, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2017. La muestra estuvo constituida por 48 profesionales. Los datos se recolectaron mediante la Escala de los estilos de comunicación, adaptada y validado por R. Ojeda Reyes, cuya validez fue de $VC=4.5297 > VT=1.6449$ y una confiabilidad moderada de 0.86 por Alfa de Crombach. Los resultados evidencian que del 100% (48) de profesionales de Enfermería el 91.7% (44) presenta una comunicación general agresiva, el 8.3% (4) pasivo y el 0% (0) asertivo. Así mismo el 89.6 % (43) presentó una comunicación verbal agresiva, el 10.4% (5) pasivo y el 0% (0) asertivo. Asimismo el 62.5% (30) presenta una comunicación no verbal agresiva, el 37.5% (18) pasiva. En Conclusión Casi el total de los profesionales de Enfermería del Hospital Virgen de Fátima presenta una comunicación general agresiva, y una mínima cantidad una comunicación pasiva y ninguno asertivo.

Palabras claves: Estilos de comunicación, profesional de enfermería, comunicación asertiva, comunicación agresiva, comunicación pasiva.

ABSTRAC

I study the present you went from quantitative focus; Of descriptive level; Of guy: Observacional, prospective, transverse and of uni-varied analysis. Whose objective went: Determining the styles of communication that you exist in the nursing professionals, Regional Hospital Chachapoyas, Fátima's Virgin, 2017. The sample was composed of 48 professionals. They gathered the data by means of the scale of the styles of communication, adapted and validated for R. Ojeda Reyes, whose validity was of VC 4,5297 VT 1,6449 and a reliability moderated of 0,86 for Crombach's Alfa. Results evidence than the 91,7 % (44) presents a general aggressive communication, the 8,3 (4) passive % and the 0 (0) assertive % of (48) nursing professionals' 100 %. Likewise the 89,6 % (43) presented an aggressive verbal communication, the 10,4 (5) passive % and the 0 (0) assertive %. In like manner the 62,5 % (30) presents an aggressive nonverbal communication, the 37,5 % (18) passive. In Conclusión: Casi the total of the professionals of Infirmary of the Hospital Fátima's Virgin presents a general aggressive communication, and a minimal quantity a passive communication and no one assertive.

Key words: Styles of communication, nursing professional, assertive communication, aggressive communication, passive communication.

I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, la comunicación es una de las más importantes conductas que el ser humano efectúa diariamente, además de ser utilizada para diferentes propósitos, situaciones y formas, merece un estudio sistemático utilizando las habilidades sociales para la práctica de los profesionales de la salud, quienes previamente debieron formarse desde la etapa estudiantil con principios éticos y valores que le permitan poder interactuar asertivamente con pacientes y/o usuarios, además de favorecer la escucha activa con el paciente y el desarrollo mutuo (Arias, 2013, p. 14).

El 60% de las enfermeras españolas tienen una comunicación relativamente asertiva, mientras que el 70% de las enfermeras norteamericanas tienen una comunicación asertiva. El 75% de las enfermeras latinoamericanas tienen una comunicación deficiente no asertiva. El profesional de enfermería a nivel internacional, debe tener habilidad para comunicarse asertivamente y entablar adecuadas interacciones sociales, dialogar y mantener relaciones interpersonales positivas con el paciente, familia y personal con el que labora facilitando así el trabajo en equipo y demostrando respeto por el rol de cada uno de sus integrantes, entre otras. En los últimos la comunicación es considerado como un proceso que implica principalmente establecer vínculos entre las personas, generando de esta manera un intercambio de información, sentimientos, conductas y/o actitudes entre las mismas con el objetivo de favorecer un clima de relación social óptimo que permita a todos beneficiarse mutuamente (Aguirre, 2005, p. 22).

La comunicación al interior de los equipos de salud, es el medio fundamental con que cuenta el equipo para alcanzar los objetivos propuestos. En el trabajo en equipo se busca lograr aumentar la eficiencia en las comunicaciones, ya que se ha visto, que parte importante del éxito de la organización está en delimitar los canales y responsabilidades en el acto de comunicarse (Manzur & Morales, s/f, p. 1).

La profesión de enfermería, en esencia está orientada al cuidado del ser humano y cuya necesidad de existir se simplifica en el deber de formar profesionales con una alta calidad técnica y capacidad afectiva, en donde basen sus conocimientos en diversas teorías orientadas a la importancia de la comunicación y la interacción con el paciente y su cuidador. Watson quien enfatiza en la relación terapéutica básica y transpersonal entre los individuos, así como también muchas otras teoristas que consideran al enfermero

como un ser que debe estar identificado con sus propios valores, debido a que manifiesta sus creencias y motivaciones, mediante su conducta, que le permiten a su vez la cohesión con su equipo de trabajo y la disminución de los posibles conflictos a nivel personal y colectivo (Díaz, 2011, p. 14).

Los enfermeros históricamente han sido objeto de abusos verbales por parte de colegas. Las consecuencias de dichos abusos pueden ser devastadoras y duraderas. Se ha encontrado que sus consecuencias son perjudiciales tanto fisiológica como psicológicamente. Resultados de algunos estudios, indican que el abuso verbal ocurre y que son los enfermeros los que se identifican como la fuente más frecuente de las agresiones verbales a las otras enfermeras, seguido de los familiares de pacientes, los propios pacientes y el resto de compañeros (Edreira, 2013, p. 14).

La ira, el juzgar, la crítica y la condescendencia son los tipos más frecuentes de agresión verbal. Juzgar y criticar resulta más estresante que la condescendencia. La mayoría de enfermeras utilizan habilidades de afrontamiento para aclarar los malentendidos directamente con la enfermera de la agresión; aunque muchas enfermeras, optan por patrones de silencio, pasividad y la negativa en habilidades de afrontamiento (Culqui, 2011, p. 24).

El abuso verbal en enfermería es muy costoso para los propios profesionales, quienes pueden estar más estresados, sentirse peor, y pueden proporcionar una atención deficiente a los pacientes; para los hospitales, pues supone una migración constante de profesionales, una contratación costosa y una discontinuidad entre los miembros del personal de enfermería; y para los pacientes, que pueden ser tratados mal y ser víctimas de errores peligrosos en la atención clínica al ser atendidos por enfermeros sometidos a abusos verbales. De éste estudio se deduce, que es importante la formación del personal con respecto a la comunicación directa y hacia una respuesta diplomática inmediata a la agresión verbal. Siendo conveniente, la adopción de una política de tolerancia cero entre todos los directores, la formación en asertividad y crear grupos de apoyo para fomentar la autoestima, así como desarrollar programas que enseñen a canalizar la ira y la frustración (Díaz, 2011, p. 18).

A nivel nacional, las enfermeras perciben más dificultades para comunicarse entre sí y con los familiares próximos al paciente y menos para la relación con el equipo de trabajo.

Asimismo, es relevante destacar la gran dificultad que tienen estos profesionales para comunicarse con los médicos, las enfermeras necesitan reforzar sus habilidades y destrezas para la comunicación, ya que existen factores que impiden una relación interpersonal óptima (Grados, 2013, p. 9).

En el Perú, la comunicación de los profesionales de enfermería es en más del 80% es favorable a medianamente favorable, De acuerdo a otras investigaciones se encontró que las relaciones interpersonales entre enfermeras son en su mayoría de nivel medianamente favorable; las relaciones interpersonales en los tres componentes comunicación, actitudes y buen trato son medianamente favorables (Arias, 2013, p. 14).

La falta de habilidades relacionales comunicativas es motivo de conflictos personales, sociales y empresariales con repercusiones en los siguientes niveles: en la familia (con hijos, pareja), en las relaciones sociales (amigos, vecinos, compañeros) y a nivel de las organizaciones, porque disminuye la satisfacción laboral y junto a ella la calidad de los cuidados (Furguerle & Graterol, 2010, p, 38).

Mantener una buena comunicación con las personas que nos rodean parece ser uno de los principales retos del ser humano dado los enormes beneficios que nos aporta el ambiente familiar, laboral, profesional, entre otros. Lo importante es que existen estilos de comunicación que nos permiten mejorar y potenciar las relaciones tanto como quiere, el secreto está en aprender a comunicarnos utilizando los adecuados estilos de comunicación (Grados, 2013, p. 12).

La motivación para realizar el presente estudio se debe a que durante las prácticas pre profesionales en el Hospital Regional Virgen de Fátima se ha observado los frecuentes conflictos interpersonales entre profesionales de enfermería sobre todo en los lugares de trabajo, debidos en parte a problemas relacionales y falta de una correcta comunicación, entendida desde la escucha activa, la empatía, la autenticidad, etc. Además se ha evidenciado que algunos de los profesionales de enfermería no desarrollan una adecuada comunicación, con ellos mismos y con los pacientes, ya que no mantienen una buena relación comunicativa, tienen marcada una distancia, una línea que les aparta, por lo mismo adoptan casi siempre una comunicación no, siempre tratan de demostrar que uno es más que el otro o la otra, viéndose de esta manera el ego que tienen y una mala comunicación, afectando así la buena atención al paciente. Están compitiendo, solo por

su bien personal, y no por las personas de su entorno, sin importarles que la recuperación de sus pacientes depende en gran parte de ellos. Por todo lo mencionado se formula la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los estilos de comunicación de los profesionales de Enfermería, Hospital Regional Virgen de Fátima. Chachapoyas, 2017?

Los resultados del presente estudio servirán para que los profesionales de enfermería conozcan y comprendan el fenómeno del proceso de las habilidades relacionales y comunicativas, como generador de la resolución de los conflictos interpersonales y de la insatisfacción laboral en la profesión enfermera, así mismo, contribuirá al mantenimiento de unas relaciones interpersonales cordiales.

Así mismo, servirán como estímulo para despertar en la conciencia de los profesionales enfermeros y de la salud en general, la necesidad de educarse y formarse en una ética de las relaciones interpersonales humanística y humanizadora; lo cual revertirá en la salud personal y social de las organizaciones, así como en el cuidado que se presta a la sociedad en general. Entendemos que bajo esta óptica, las relaciones interpersonales se volverán más sanas y se conseguirá, por tanto, una satisfacción laboral y una disminución del estrés en nuestra profesión y nos capacitará para prestar nuestros cuidados técnicos y relacionales de un modo aún más eficaz.

De la misma forma los resultados servirán para que los profesionales de enfermería practiquen adecuados estilos de comunicación con sus pares ya que es un factor que facilitara la convivencia armoniosa basada en una relación positiva, además no solo contribuirá en la calidad de la atención que brinden sino también en la presencia de un clima organizacional adecuado que permita un desempeño satisfactorio.

II. OBJETIVOS

Objetivo general

- Determinar los estilos de comunicación que existe en los profesionales de Enfermería, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2017.

Objetivos específicos

- Identificar la comunicación asertiva que existe en los profesionales de Enfermería, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2017.
- Identificar la comunicación asertiva, agresiva y pasiva que existe en los profesionales de Enfermería, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2017.
- Caracterizar a la población objeto de estudio.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes de estudio.

A nivel internacional.

Yolandiz, M. (2008). Colombia. En su investigación: “Aspectos presentes en la comunicación de la enfermera, la familia y la institución en la unidad de cuidado intensivo”. Bogotá, 2008. Sus resultados fueron que los aspectos más importantes en la comunicación en el 65% está la comunicación verbal y en el 35% la comunicación no verbal. Respecto a los aspectos en la comunicación de la enfermera, la sobrecarga de trabajo este intenta rentabilizar al máximo su tiempo generando fallas en la comunicación, inexistencia de claridad de lo que debe informar, inseguridad, limitación, comunicación dominante y fría, percepción que se tiene hacia la familia ya que es un potente estresor.

Marcelo, Y. (2008). Colombia. En su estudio cuyo objetivo fue: Identificar los aspectos presentes en la comunicación de la enfermera mediante un estudio tipo revisión documental. Sus resultados evidencian: Respecto a los aspectos en la comunicación de la enfermera, el 45% presenta sobrecarga de trabajo e intentan rentabilizar al máximo su tiempo generando fallas en la comunicación, inexistencia de claridad de lo que debe informar, el 55% siente inseguridad, limitación, comunicación dominante y fría, percepción que se tiene hacia la familia ya que es un potente estresor.

Díaz, M. (2011). España. En su investigación: “Comunicación enfermera / paciente: reflexión sobre la relación de ayuda”. Almería, 2011; sus resultados evidencian: en el 60% de las enfermeras la comunicación es muy asertiva y un 40% no asertiva; y los requisitos para poder formar a un profesional y realizar una correcta relación terapéutica son: autoconocimiento, empatía, respeto, observación, escucha activa y conciencia de las propias habilidades. La comunicación es un proceso fundamental en la relación del profesional de enfermería con el paciente, la percepción holística de este así como la búsqueda del enriquecimiento mutuo se considera aspectos fundamentales en la relación terapéutica enfermera-paciente.

A nivel nacional.

Espinoza, M. (2009). Perú. El presente estudio de investigación tuvo como objetivo: Determinar el nivel de las relaciones interpersonales entre profesionales de enfermería del servicio de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Resultados: Las relaciones interpersonales entre enfermeros del servicio de medicina son en su mayoría (71%) medianamente favorables, 15% son favorables y 14% medianamente desfavorables. Según componentes: en el componente comunicación más del 80% son favorables a medianamente favorables; en el componente actitudes más del 70% de las relaciones son medianamente favorables. El componente trato tiene el porcentaje más elevado (33%) de relaciones medianamente desfavorables y el más bajo porcentaje (51%) de relaciones medianamente favorables.

A nivel local.

Culqui, P. (2011). Perú. El objetivo de su estudio fue: Determinar la comunicación y conducta asertiva del profesional de Enfermería del Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas – 2011. Los resultados evidencian que el 42.1% (16) de profesionales de Enfermería son personas no asertivas quiere decir que estos manifiestan altos niveles de ansiedad en situaciones que requieren conducta asertiva, sin actuar asertivamente; mientras que el 26.3% (10) son ansiosos los cuales si despliegan conductas asertivas pero a su vez experimentan altos niveles de ansiedad; así mismo el 18.4% (7) son indiferentes pues ellos no actúan asertivamente pero tampoco experimentan ansiedad, y solo el 13.2 % (5) son asertivos por lo que no experimentan ansiedad y actúan asertivamente. Se concluye que el mayor porcentaje evidencian que los profesionales de enfermería son personas no asertivas, y solo un pequeño porcentaje son realmente personas asertivas.

3.2. Base teórica

A. LA COMUNICACIÓN

A.1 Definición

La comunicación se define como un proceso continuo y dinámico formado por una serie de acontecimientos variados y continuamente en interacción. Por un lado, se presenta como una manifestación de cómo yo (emisor) te manifiesto a ti (receptor) mi forma de captar, sentir y vivir en estos momentos una realidad y lo que espero de ti al contarte esto; y por otro lado, tú como receptor me reflejas mediante un correcto feedback y empatía, lo que has captado de lo que yo (emisor) te acabo de contar, tanto a nivel de contenido, sentimiento y demanda, como lo que has captado con el lenguaje no verbal (Díaz, 2011, p. 28).

Es un proceso complejo, continuo y dinámico de transferencia de información de un individuo a otro donde el emisor debe ser claro en lo que quiere transmitir, pero además, qué espera del receptor al transmitirle dicha información (López, 2002, p. 12).

La comunicación para el hombre es un proceso de intercambio de ideas, es una necesidad vital que regula la vida humana (Bruno, 2011, p. 47).

A nivel interpersonal es aquel proceso de intercambio de información que ocurre cuando interactúan al menos dos personas. Por lo tanto, su característica es la interdependencia dentro de un sistema (pareja, familia, grupo, curso, etc.), en que el comportamiento de cada miembro está relacionado con el de los demás miembros y depende a la vez de ellos, que se comportan efectuando un valor comunicativo en donde no podrán evitar dicho intercambio aun cuando quisieran intentarlo (Maicelo, 2008, p. 34).

La comunicación es un proceso continuo y dinámico formado por una serie de acontecimientos variados y continuamente en interacción (Manzur & Morales, 2002, p. 26).

Por un lado, se presenta como una manifestación de cómo yo (emisor) te manifiesto a ti (receptor) mi forma de captar, sentir y vivir en estos momentos una realidad y lo que espero de ti al contarte esto; y por otro lado, tú como receptor me reflejas mediante un correcto feedback y empatía, lo que has captado de lo que yo (emisor) te acabo de contar, tanto a nivel de contenido, sentimiento y demanda, como lo que has captado con el lenguaje no verbal (Marquina, 2009, p. 36).

A menudo, se da la comunicación como un intercambio material, como si se tratara de una máquina transportadora, pero sabemos que la comunicación no funciona así, sino que el significado de las palabras está en las personas y no en las palabras, y cómo las personas adquieren experiencias distintas en su forma de captar e interpretar lo captado (Cibanal 2010, p. 35).

A.2. Sistemas de comunicación

Según: (Martínez, 2008, pp. 21 - 37).

- a) Sistema *pasivo-aplacador* de comunicación:** El individuo no respeta sus propias necesidades, sentimientos, derechos, sino que permite que sean otros los que elijan por él. Son personas con una autoestima tan baja que no se atreven a decir “no”. A corto plazo, este sistema produce incomodidad y frustración, y a largo plazo insatisfacción, sentimientos depresivos, ansiedad, cólera.
- b) Sistema de comunicación *manipulador*:** Un individuo intenta obtener recompensas de alguien en una situación en la que puede aprovecharse, no tiene ni ética ni valores morales, sólo le interesan los beneficios que puede obtener.
- c) Sistema *agresivo* de comunicación:** Es la expresión más hostil de los propios deseos a través de palabras o acciones que obligan al otro a

someterse a ellos. El individuo agresivo no ve los derechos y necesidades de los demás y les niega la satisfacción de los mismos. Dicho sistema es útil para lograr un objetivo provocando temor en los demás.

d) Sistema de comunicación *impersonal*: Forma de comunicación muy correcta y razonable sin demostrar ningún sentimiento, usando palabras largas, abstractas, voz monótona y seca.

e) Sistema de comunicación *afirmativo*: Supone expresar los pensamientos y sentimientos a través de palabras y gestos de forma honesta, además de querer conocer los sentimientos, pensamientos y la forma de ver el mundo del otro. Ello implica respeto hacia uno mismo y hacia los demás. Es decirle al otro: “esto es lo que pienso, esto es lo que siento, así es como veo la situación, estoy dispuesto a escuchar y a intentar comprender lo que piensas, lo que sientes y cómo ves la situación”. El individuo que se comunica de esta manera, presenta una postura relajada, sin tensión muscular, su expresión facial es risueña, el contacto con los ojos es directo, se comunica claramente, tranquilamente y en el momento apropiado para que sea posible el entendimiento.

A.2.1. Naturaleza de la comunicación humana

Según (Cibanal, 2001, pp. 38 - 49).

Se refiere la comunicación como el medio privilegiado que identifica y caracteriza el comportamiento del ser humano de otros en cualquier actividad. “Hay una imposibilidad de no comunicar. La no conducta no existe; es imposible no comportarse. En una situación de interacción, toda conducta tiene valor de mensaje, es decir, es comunicación; por eso, por más que uno lo intente, no puede dejar de comunicar.” En la realidad existe una sola forma de poder establecer contacto humano y será mediante una comunicación interpersonal. Así que no es posible imaginar la convivencia de un grupo de humanos entre los que no se transmita ningún tipo de información o mensaje. El ser humano necesita recibir información del medio en

que se desarrolla y el de transmitir su respuesta (de adaptación o cambio) La vida social se basa de manera esencial en la comunicación.

En enfermería la comunicación resulta ser el proceso por la cual el enfermero establece la relación interpersonal con la persona cuidada, para realizar el propósito de la enfermería, que es ayudar al individuo y familia a enfrentar la experiencia y darle un sentido a la enfermedad. También se indica que: “la comunicación como parte esencial del cuidado dado por la enfermera para ayudar a satisfacer las necesidades interferidas del paciente, se reconoce que la misma es determinante para establecer la relación, enfermera – paciente... son las actividades profesionales que realizan las enfermeras de cuidado directo para establecer la relación enfermera - paciente y permitirle participar en la toma de decisiones vinculadas a su cuidado” Para esto se requiere del establecimiento de una comunicación eficaz una influencia positiva en la conducta de ambos.

A.3. Características de la comunicación

Según: (García & Ogando, 2005, p. 32 - 43).

Las características pueden ser:

1. Proceso

Todo lo que hacemos es comunicación, algunos elementos están más codificados que otros. Puede decirse que es un conjunto de fases continuas para transmitir un mensaje a través de un código común y que realiza del emisor al receptor; es un fenómeno continuo que se realiza de una forma ordenada. Se encuentra en todo nuestro acontecer, no tiene principio ni fin, la comunicación debe ser concreta, sencilla, directa.

2. Convencional

Se atiene a las normas observadas y pactadas en mayor medida. Es decir, debemos ponernos de acuerdo antes (sociedad) de que se genera el lenguaje. Primero de una manera Macro; puede ser ordinario porque se gestiona diariamente de una forma imperceptible.

Tiene que ver con estar todos de acuerdo con algo, para que se genere y estemos todos en el mismo canal, debe tener un significado: Similar, cotidiano, establecido, similar, sencillo, práctico, útil, claro.

3. Tácita

Que no se entiende, escucha, dice, percibe de una manera forma, sino que se supone e infiere: Exacta, nivel de Recepción, concreta, Fija, retroalimentación, sin explicación clara, sin lugar a dudas.

4. Arbitraria

Porque en sí mismas, algunas palabras, no tienen razón de ser, una raíz o lógica y lo que se quiere decir. Nosotros decidimos que así sea, no se desarrolla de manera conjunta. Tiene muchas complicaciones porque no tiene un fundamento real, debemos ser coherentes en cómo lo estamos diciendo, cómo lo queremos decir. No tiene un sustento teórico o grupal. Es arbitraria en el sentido que la conexión entre las expresiones orales y las escritas no están situadas en una relación causal. Es decir, que si esto no fuese así sólo una lengua existiría en el mundo y recordemos que las diferentes lenguas desarrollaron diferentes glifos.

5. Pragmática

Tiene una parte teórica. Es ir más allá de lo que ya se encuentra establecido. Tiene similitud pero se utiliza de manera diferente, tiene un hilo conductor que le permite moverse libremente. Toda la comunicación tiene un efecto en la conducta, a su vez toda conducta comunica.

Imposibilidad de no comunicar nada. Como sabemos no es posible dejar de comunicar algo a alguien, inclusive aquellas conductas de silencio también transmite mensajes. A cada instante y en todo momento enviamos mensajes a uno o a diferentes receptores.

6. Múltiples significados el Mensaje

Los mensajes están compuestos de múltiples significados como: puntos de vista (políticos, liberales, filosóficos, etc.), actitudes, ideas, pensamientos y porque no, hasta estilos de vida y siendo categorizado por su cultura o la clase social que ocupa en la sociedad.

7. Incertidumbre en el mensaje

El orador tiene incertidumbre de que el mensaje sea recibido correcta y fielmente, lo que genera inseguridad y duda. Todo tiene que estar en un mismo entendido. A mayor cantidad de información la posibilidad de incertidumbre decrece.

A.4. Estilos de comunicación:

En todas las relaciones interpersonales, ya sea familiar, de amistad, de pareja, etc., la comunicación varía mucho de acuerdo a la singularidad de cada uno de los miembros del interjuego comunicativo. La manera, la forma, el contenido son algunos elementos que van a determinar el estilo comunicacional de cada persona (o de la relación).

Estos estilos de comunicación, conllevan a cada persona a comunicarse de una manera muy particular; haber aprendido, y utilizar tal o cual estilo moldea la forma en que se intercambia información con la pareja, y afecta, en el mismo sentido, la interpretación que se le dará a la información que se reciba. (Sosa, 2011, p. 30)

Son las expresiones verbales y no verbales que refieren, utilizar o aplicar los profesionales de enfermería cuando interrelacionan con sus pares durante su convivencia en el trabajo tales como: postura corporal, tono de voz, gestos del rostro, ademanes, entre otros. (Gelbcke & Leopardi, 2014, p. 29).

Otros autores indican que existen diversos estilos de comunicación como: agresivo, pasivo o inhibido y asertivo. Es que marca en general nuestra manera de relacionarnos con los demás. Los estilos pasivo y agresivo son dos extremos opuestos de un continuo, en cuyo punto medio se sitúa el estilo asertivo, que constituye el grado óptimo de utilización de los diferentes componentes verbales, no verbales y para verbales de la comunicación. (Grados, 2013, p. 42).

Ahora bien, cada persona presenta una serie de características determinadas, tanto desde el punto de vista físico como psicológico, y ese punto medio ideal varía de un individuo a otro. Así, lo que para una persona puede resultar adecuado no es generalizable, y de ahí la dificultad y la necesidad de realizar una evaluación adecuada de las habilidades personales como paso previo para la mejora de las mismas.

A continuación, se presenta los diferentes estilos que hemos mencionado, además de las creencias asociadas a cada uno de ellos, las consecuencias que suelen aparecer y la forma de utilización de los elementos no verbales, para verbales y verbales que los caracterizan. (Gobbo, 2009, pp. 34 - 42).

A.4.1. El estilo de comunicación pasivo o inhibido.

En general, la persona que posee un estilo de comunicación inhibido vive preocupada por satisfacer a los demás y es incapaz de pensar en la posibilidad de enfrentarse a alguien en cualquier sentido.

Muchas veces, la persona inhibida se justifica con términos como prudencia y educación al hablar de su forma de ser, en un intento de valorar la misma. Pero no se debe confundir educación con falta de asertividad o con un estilo de comunicación inhibido o pasivo. Pues ese intento de justificación no es más que una manera de intentar diluir los conflictos que las personas con este estilo de comunicación experimentan en sus relaciones interpersonales.

Debido a estos motivos, en ocasiones los inhibidos presentan reacciones de extrema agresividad y violencia cuando se sienten acorralados por

su propia forma de ser, sin que estas explosiones de ira puedan encuadrarse en el estilo de comunicación agresivo que posteriormente presentaremos, sino como una consecuencia negativa más del estilo de comunicación inhibido.

En cuanto al manejo de los elementos de comunicación, las personas con un estilo predominantemente inhibido se caracterizan por usar los distintos elementos de la siguiente manera:

Elementos no verbales característicos del estilo de Comunicación pasivo o inhibido.

Expresión facial seria, mirada huidiza, sonrisa mínima y tensa, postura distante y contraída, orientación ladeada, distancia amplia y nulo contacto físico, gestos escasos, auto manipulaciones abundantes, movimientos nerviosos con manos y piernas abundantes.

Elementos para verbales característicos del estilo de Comunicación pasivo o inhibido.

El sujeto que presenta un estilo de comunicación pasivo se caracteriza por la utilización de términos de forma condicional, no realizando afirmaciones claras ni enfrentándose a las opiniones de los demás con sus palabras, por lo que resulta característico el empleo de palabras como “quizás”, “supongo”, “solamente”, “bueno”, o frases como “me pregunto si podríamos...”, “te importaría mucho...”, “realmente no es importante”, “no te molestes”, etc. Además presentan: Volumen de voz bajo, tono tendiendo a la monotonía, fluidez verbal escasa y muy entrecortada, velocidad rápida, claridad escasa, tiempo de habla escaso, pausas largas y silencios abundantes.

Asimismo, los inhibidos se caracterizan por no verbalizar en abundancia, es decir, suelen ser personas de “pocas palabras”. Incluso cuando alguien les pregunta algo, van a tender a contestar a la pregunta con el menor número posible de palabras, no siendo raro el uso

abundante de monosílabos, independientemente del tipo de pregunta que se les haya planteado (abierta o cerrada).

Indicadores.

- Tono de voz.
- Timidez.
- Mirada evasiva.
- Evita contacto físico.
- Evita opinar.
- Postura.
- Abatido ante críticas.

Elementos – comunicación:

a) Conducta no verbal:

- Mirada hacia abajo.
- Postura hundida o retraída.
- Tono vacilante.
- Risa nerviosa.
- Movimientos nerviosos de pies y manos.

b) Conducta verbal:

- «¿Te importaría mucho...?»
- «Sólo si te viene bien»
- «No te molestes»
- «Me pregunto si podríamos»
- «Realmente no es importante»

c) Conducta paraverbal:

- Volumen de voz bajo.
- Habla entrecortada, tartamudeo, vacilaciones.
- Ehhh, mmmmm, es que....., esto.....muletillas.
- Velocidad inadecuada (muy rápido o muy lento).
- Voz temblorosa.

A.4.2 El estilo de comunicación agresivo

La persona con un estilo de comunicación agresivo se caracteriza porque no sólo se preocupa por defender a cualquier precio sus derechos, sino porque su forma de defenderlos normalmente, lleva aparejada la falta de respeto hacia los derechos de los demás, incluso cuando esto es absolutamente innecesario para defender los propios. (Gobbo, 2009, pp. 34 - 42).

Su creencia fundamental supone que el sujeto se considera la única persona importante y con opinión en cualquier contexto personal y profesional, menospreciando a los demás, de forma que lo que los otros puedan sentir o pensar no tiene interés. Además, acostumbra a quitarse de encima cualquier tipo de responsabilidad sobre su forma de relacionarse con los demás, de forma que cuando el resultado de la relación conlleva consecuencias negativas para los otros, “ellos se lo han buscado”.

La utilización predominante y continuada de un estilo de comunicación agresivo genera en la persona sentimientos de culpa y una pobre imagen de sí mismo, pues llega a ser consciente de su proceder. Llegan a ser sujetos que, siendo rechazados por los demás por su forma de relacionarse con ellos, se aíslan y se refugian en la soledad, pues las relaciones sociales habitualmente les generan enfado. Por todo ello, es frecuente que pierdan oportunidades en los terrenos personal y profesional.

En cuanto a su forma de manejar los elementos de la comunicación, los sujetos con un estilo predominantemente agresivo se caracterizan por el uso de los siguientes elementos de la comunicación.

Elementos no verbales característicos del estilo de comunicación agresivo.

Expresión facial seria, Mirada directa, fija muy pocas sonrisas, postura intimidatoria (por mirada, distancia y orientación),

orientación enfrentada, no respeta las distancias, gestos abundantes y amenazadores.

Elementos paraverbales característicos del estilo de comunicación

Agresivo.

Volumen de voz elevado, tono tendente a monótono por lo alto, habla fluida, velocidad rápida, claridad escasa, tiempo de habla excesivo (desproporcionado), no hace pausas ni silencios, latencia de respuesta muy rápida. (Gobbo, 2009, pp. 34 - 42).

En cuanto a los componentes verbales, la persona con un estilo agresivo emplea abundantes términos de forma imperativa, crítica el comportamiento de los demás y utiliza con frecuencia palabras como “haz”, “deberías”, “mal”, o frases como “harías mejor en...”, “ten cuidado con...”, “si no lo haces...”, “no sabes...”, “debes estar bromeando”, etc.

En la siguiente tabla se recogen algunos de los elementos verbales típicos del estilo de comunicación agresivo:

Elementos verbales característicos del estilo de comunicación agresivo.

Contenido imperativo y amenazador, atención personal escasa o nula, abundantes “tacos” y palabras malsonantes, lenguaje machista, sexista y homófono, al preguntar enlaza muchas preguntas a la vez, contesta sin relación a la pregunta.

Indicadores.

- Justificación.
- Tono de voz.
- Mirada Amenazadora.
- Impaciencia.
- Postura.
- Apático.

Conducta no verbal:

- Mirada fija.
- Gesto de amenaza.
- Postura intimidatoria.
- Signos de tensión.
- Invade el espacio del interlocutor.

Conducta verbal:

- «Harías mejor en....»
- «Ten cuidado»
- «No sabes»
- «Deberías»
- «Debes estar bromeando»

Conducta paraverbal:

- Volumen de voz alto.
- Habla rápida.
- No deja hablar al otro.
- No permite silencios.

A.4.3. El estilo de comunicación asertivo

El estilo de comunicación asertivo consiste en ser capaz de comunicarse en cada ocasión de la mejor manera posible. (Gobbo, 2009, pp. 34 - 42).

Una característica muy importante de la utilización del estilo asertivo es que la persona consigue defender sus derechos y expresar sus opiniones, utilizando para ello los componentes conductuales de la comunicación de la forma más adecuada.

El objetivo fundamental de la persona asertiva no es conseguir lo que desea a cualquier precio, sino ser capaz de expresarse de forma adecuada y sin agredir, de manera que al interactuar con una persona

asertiva, en muchas ocasiones la comunicación se convierte en una negociación.

El uso del estilo asertivo hace que la persona resuelva habitualmente los problemas que se encuentra en sus relaciones sociales, lo que genera satisfacción y hace que se sienta a gusto con los demás y consigo mismo, incrementándose por este motivo su autoestima personal.

En sus relaciones interpersonales, la persona se siente relajada y con control, lo cual facilita la comunicación y, por tanto, le ayuda a crear oportunidades en sus relaciones personales y profesionales. Así, conoce gente con facilidad, hace amistades, hace negocios y consigue fidelizar clientes, etc. de forma sencilla, casi sin proponérselo.

La persona con un estilo de comunicación asertivo se gusta a sí misma y gusta a los demás, y el trato con ella suele resultar, en términos tanto personales como profesionales, bueno para los demás y bueno para ella misma, quizá como consecuencia de esa negociación ideal en la que todos ganan.

A continuación, se presentan sus principales características en relación al uso de los elementos no verbales y paraverbales de la comunicación:

Elementos no verbales característicos del estilo de comunicación asertivo

Expresión facial amistosa, contacto ocular directo, sonrisa frecuente, postura erguida, orientación frontal, distancia adecuada con posibilidad de contacto físico, gestos firmes pero no bruscos, acompañando el discurso, manos sueltas.

Elementos paraverbales característicos del estilo de comunicación asertivo.

Volumen conversacional, entonación variada que resulta agradable, fluidez verbal adecuada, velocidad ajustada, más bien pausada, claridad adecuada, tiempo de habla proporcional a los participantes, pausas y silencios adecuados, latencia de respuesta suficiente, distancia adecuada con posibilidad de contacto físico, gestos firmes pero no bruscos, acompañando el discurso, manos sueltas. Por último, en cuanto a los componentes verbales, la persona con un estilo predominantemente asertivo de comunicación, utiliza en primera persona términos que expresan sus propias ideas, opiniones, emociones y sentimientos, tales como “pienso”, “siento” o “quiero”. También emplea términos que implican la colaboración para conseguir algo del tipo “hagamos”, o bien preguntas encaminadas a la participación de los demás para conseguir la solución de problemas, tales como “¿cómo podemos resolver esto?”, “¿qué piensas?”, “¿qué te parece?”, etc.

Elementos paraverbales característicos del estilo de comunicación asertivo.

Contenido directo que expresa personalmente, atención personal abundante, presencia de halagos y refuerzo verbal, formula preguntas variadas y abundantes, responde a las preguntas según la formulación de las mismas abiertas o cerradas.

Indicadores.

- Seguridad.
- Respeto.
- Tono de voz.
- Opina lo que piensa sin hacer sentir mal a los demás
- Empatía.
- Lenguaje claro.

Conducta no Verbal: Los principales componentes no verbales de la comunicación son la expresión facial, la mirada, la sonrisa, la orientación y postura, el contacto físico, los gestos, la apariencia física y las automanipulaciones y movimientos nerviosos. Se presentarán las características siguientes:

Contacto ocular directo.

Gestos firmes.

Postura erguida.

Manos sueltas.

Expresión distendida.

Conducta verbal:

«Pienso que...».

«Siento que...»

« ¿Qué te parece...?»

« ¿Cómo podemos resolver esto...?»

«Hagamos....»

Conducta Paraverbal: Los componentes paraverbales o paralingüísticos son aquellos que, al emplear el lenguaje, su utilización no altera el contenido de las palabras, pese a que haga variar el significado. Nos referimos al «cómo se dicen las cosas». Se presentarán las características siguientes:

- Volumen de voz conversacional.
- Habla fluida.
- Tiempo de habla adecuado.
- Respeta los silencios.
- Entonación agradable.

A.5. Técnicas verbales asertivas.

Lo define que las técnicas asertivas son muy útiles en las interacciones sociales cotidianas. Con la práctica, muchas de estas técnicas son automatizadas y no requieren por lo tanto una atención concreta cada vez

que se usan. Cuando llegan a formar parte del repertorio de conductas y están interiorizadas, su uso se hace prácticamente de forma inconsciente. (Vander, 2003, p.2).

A.5.1. El lenguaje corporal.

La comunicación no verbal de las personas asertivas se caracteriza por: (Solís, 2012, p. 18).

Mantener una postura relajada, firme y cómoda; el cuerpo suele estar erguido.

El contacto físico y el ocular se emplean de la forma adecuada a cada momento, lo mismo que el tono de voz.

Adicionalmente, la persona asertiva practicará en todo momento la escucha activa.

A.5.2. Diálogos interiores.

A lo largo de la vida del ser humano, la persona con la que más tiempo pasa hablando es consigo mismo. La influencia de este “interlocutor” es enorme en la construcción de las actitudes.

Con mucha frecuencia no son los hechos los que condicionan nuestro ánimo o nuestros sentimientos, sino nuestro diálogo interno. Cuando nuestros pensamientos son negativos el comportamiento asertivo queda resentido; si por el contrario somos capaces de generar un monólogo interior positivo, éste reforzará nuestras actitudes y el reconocimiento de los logros.

Incluso después de actuar, el diálogo interior sigue teniendo efecto por cuanto premiará nuestra actuación, o en caso de que ésta no haya sido exitosa la justificará, predisponiéndonos para posteriores ocasiones. (Solís, 2012, p. 25).

A.5.3. Técnicas basadas en el reconocimiento de las críticas.

- **Fogging o banco de niebla:** Es la técnica o habilidad social que goza de más popularidad. Consiste en no negar ninguna de las críticas realizadas por el interlocutor y no contraatacar con otras

críticas. Negar la crítica sería como seguir el juego a nuestro “contrario”. (Vander, 2003, p. 8).

La técnica del banco de niebla debe ser utilizada con precaución ya que su uso frecuente la hace perder eficacia. Es aconsejable su uso en aquellas situaciones de abierta manipulación por parte del interlocutor o cuando las demás técnicas no sean efectivas.

- **Interrogación negativa:** La técnica consiste en incitar al interlocutor a formular críticas sobre uno mismo. El objeto es el de favorecer la comunicación cuando la explicitación de la crítica por parte del interlocutor lo impide.

Mediante la interrogación negativa se pretende obtener más información sobre el interlocutor y suscitar su crítica sincera. De esta forma queda “desarmado” y con mayor predisposición a colaborar en la interacción.

- **Asertividad negativa:** Técnica utilizada cuando observamos de forma crítica la propia competencia personal, los hábitos o la apariencia física.

La técnica nos enseña a aceptar los propios errores sin excusarnos por ello, reconociendo las críticas bien fundadas.

- **Ironía asertiva:** Con esta técnica trataremos de responder asertivamente a las críticas hostiles.

Se aconseja utilizar esta técnica con poca frecuencia y siempre con las personas con quienes la calidad de la interacción no sea lo importante, ya que la ironía puede desencadenar cierta agresividad en el escuchante.

- **Quebrantamiento del proceso:** Cuando la conversación va subiendo de tono y la agresividad comienza a aparecer, no es fácil detener su ascenso. En este sentido, el quebrantamiento del proceso

tiene como objetivo romper la espiral de agresiones iniciada por nuestro interlocutor.

A.5.4. Técnicas basadas en la persistencia.

- **Decir “NO”:** El “no” debe ser directo y claro, sin rodeos o excesivas explicaciones. La clave del éxito en esta técnica está en que tenemos derecho a decir no, sin experimentar sentimiento de culpabilidad.

Para muchas personas no resulta fácil decir “no”, por una serie de razones: (Vander, 2003, p.2).

A muchas personas les gusta complacer a sus semejantes, otras temen por las consecuencias del “no” (venganzas, agresividad...), otras personas temen la posibilidad de defraudar a su interlocutor, a la mayoría lo que le sucede es que les resulta embarazoso decir que “no”, prefiriendo afrontar las consecuencias de su actitud.

- **El disco rayado:** Técnica que consiste en la repetición reiterada, aunque pausada y tranquila, de aquellas frases que explican nuestro propio punto de vista. De esta manera conseguiremos que nuestro mensaje acabe por llegar al interlocutor y llame su atención sin que pueda ignorarlo. El fin es hacernos oír pero sin dejar de sentirnos cómodos.

A.5.5. Técnicas basadas en la negociación.

El acuerdo viable: La técnica consiste en dar un margen de maniobra a los implicados para poder llegar a una situación aceptable para ambas partes. Esta técnica implica que las dos partes deben ceder algo, pasando de posturas extremas a otras más cercanas. (Vander, 2003, p. 13).

A.5.6. Técnicas basadas en la comunicación positiva.

Según: (Herrera, 2005, pp. 14 18).

Procesar el cambio: Esta técnica también suele usarse en sentido contrario; esto es, intentando alejar el centro de la discusión de las actitudes y sentimientos suscitados, para volver posteriormente a centrarse en lo que verdaderamente preocupa.

Aplazamiento asertivo: Cuando comprobamos que a lo largo de una interacción estamos nerviosos, excitado y que podemos cometer errores, es el momento de buscar un aplazamiento asertivo, consistente en dilatar la situación buscando un poco de tiempo para responder a una crítica que nos hayan formulado, hasta sentirnos más tranquilos para responder con competencia.

Libre información o información gratuita: Es una técnica que consiste en identificar los indicios que da el interlocutor a lo largo de la conversación, a partir de los cuales se puede inferir qué es lo importante e interesante para esa persona. Esta técnica permite vencer la timidez.

Autorrevelación: Se trata de compartir con otra persona informaciones personales. El autor revelación es normalmente simétrica, es decir, se da por ambas partes y más o menos con la misma intensidad y tiempo.

Existen otros estilos de comunicación como la pasiva, asertiva y agresiva. (Sosa, 2011, p. 32).

a) Estilo de comunicación Pasiva:

El estilo comunicacional de estas personas es considerado como no-asertivo, ya que hay transgresión de los propios derechos al no ser capaz de expresar abiertamente sentimientos, pensamientos y opiniones o al expresarlos de una manera auto derrotista, con disculpas, con falta de confianza, de tal modo que los demás puedan no hacer caso de ellos. Encuentran difícil decir "no", son agradables, tratan de ser amigables para

todo el mundo, están siempre analizando y planeando. La no aserción muestra una falta de respeto hacia las propias necesidades. Su objetivo es el apaciguar a los demás y el evitar conflictos. Comportarse de este modo en una situación puede dar como resultado una serie de consecuencias no deseables tanto para la persona que está comportándose de manera no asertiva como para la persona con la que está interactuando. La probabilidad de que la persona no asertiva satisfaga sus necesidades o de que sean entendidas sus opiniones se encuentra sustancialmente reducida debido a la falta de comunicación o a la comunicación indirecta o incompleta. La persona que actúa así se puede sentir a menudo incomprendida, no tomada en cuenta y manipulada. Además, puede sentirse molesta respecto al resultado de la situación o volverse hostil o irritable hacia las otras personas.

El ser incapaz de expresar los propios sentimientos o pensamientos puede conducir a sentimientos de culpa, ansiedad, depresión y baja autoestima. La gente que normalmente se comporta de manera pasiva puede desarrollar quejas psicósomáticas tales como dolores de cabeza y úlceras de diversos tipos, debido a la supresión de sentimientos reprimidos.

Después de varias situaciones en las que un individuo ha sido no asertivo, es probable que termine por estallar. Hay un límite respecto a la cantidad de frustración que un individuo puede almacenar dentro de sí mismo. El que recibe la conducta no asertiva puede experimentar también una variedad de consecuencias desfavorables. Tener que inferir constantemente lo que está realmente diciendo la otra persona o tener que leer los pensamientos de la otra persona es una tarea difícil y abrumadora que puede dar lugar a sentimientos de frustración, molestia o incluso ira hacia la persona que se está comportando de forma no asertiva.

"El individuo que se comporta de manera no asertiva suele tener una evaluación de sí mismo inadecuada y negativa, sentimientos de inferioridad, una tendencia a mantener papeles subordinados en sus relaciones con los otros, una tendencia a ser excesivamente solícito del apoyo emocional de los demás y una ansiedad interpersonal excesiva. Ese individuo se sentirá insatisfecho, estará frecuentemente haciendo cosas que no desea hacer. Está tensa y no sabe cómo relajarse. Se queja cuando se le critica en

presencia de otros, pero tampoco quiere ser criticado cuando está solo".

Con respecto al comportamiento externo o componentes conductuales, las personas que poseen un estilo comunicacional pasivo o no asertivo, tienen las siguientes características: Volumen de voz bajo / habla poco fluida / bloqueos / tartamudeos / vacilaciones / silencios / muletillas / huida del contacto ocular / mirada baja / cara tensa / dientes apretados o labios temblorosos / manos nerviosas / postura tensa, incómoda. Los pensamientos o cogniciones giran en torno a: considerar que así evitan molestar u ofender a los demás / "Lo que yo sienta, piense o desee no importa. Importa lo que tú sientas, pienses o desees" / "Es necesario ser querido y apreciado por todo el mundo" / constante sensación de ser incomprendido, manipulado, no tenido en cuenta. Sus sentimientos o emociones se refieren a: impotencia / mucha energía mental, poca externa / frecuentes sentimientos de culpabilidad / baja autoestima / deshonestidad emocional (pueden sentirse agresivos, hostiles, etc., pero no lo manifiestan y a veces, no lo reconocen ni ante sí mismos) / ansiedad / frustración. (Sosa, 2011, p. 32).

b) Conducta agresiva

Implica la defensa de los derechos personales y expresión de los pensamientos, sentimientos y opiniones de una manera inapropiada e impositiva y que transgrede los derechos de las otras personas. La conducta agresiva en una situación puede expresarse de manera directa o indirecta. La agresión verbal directa incluye ofensas verbales, insultos, amenazas y comentarios hostiles o humillantes. El componente no verbal puede incluir gestos hostiles o amenazantes, como esgrimir el puño o las miradas intensas e incluso los ataques físicos. La agresión verbal indirecta incluye comentarios sarcásticos y rencorosos y murmuraciones maliciosas. Las conductas no verbales agresivas incluyen gestos físicos realizados mientras la atención de la otra persona se dirige hacia otro lugar o actos físicos dirigidos hacia otras personas u objetos. Las víctimas de las personas agresivas acaban, más tarde o más temprano, por sentir resentimiento y por evitarlas. El objetivo habitual de la agresión es la dominación de las otras personas. La victoria se asegura por medio de la

humillación y la degradación. Se trata en último término de que los demás se hagan más débiles y menos capaces de expresar y defender sus derechos y necesidades. La conducta agresiva es reflejo a menudo de una conducta ambiciosa, que intenta conseguir los objetivos a cualquier precio, incluso si eso supone transgredir las normas éticas y vulnerar los derechos de los demás. La conducta agresiva puede traer como resultado a corto plazo consecuencias favorables, como una expresión emocional satisfactoria, un sentimiento de poder y la consecución de los objetivos deseados. No obstante, pueden surgir sentimientos de culpa, una enérgica contra agresión directa en forma de un ataque verbal o físico por parte de los demás o una contra agresión indirecta bajo la forma de una réplica sarcástica o de una mirada desafiante. Las consecuencias a largo plazo de este tipo de conductas son siempre negativas, incluyendo tensión en la relación interpersonal con la otra persona o la evitación de futuros contactos con ella.

El comportamiento externo incluye: Volumen de voz elevado / a veces habla poco fluida por ser demasiado precipitada / habla tajante / interrupciones / utilización de insultos y amenazas / contacto ocular retador / cara tensa / manos tensas / postura que invade el espacio del otro / tendencia al contraataque. Patrones de pensamiento: “ahora sólo yo importo. Lo que tú pienses o sientas no me interesa” / piensan que si no se comportan de esta forma, son excesivamente vulnerables / lo sitúan todo en términos de ganar – perder / pueden darse las creencias “hay gente mala y vil que merece ser castigada” y/o “es horrible que las cosas no salgan como a mí me gustaría que saliesen”. Emociones y sentimientos: Ansiedad creciente / Soledad / sensación de incompreensión / culpa / frustración / baja autoestima (si no, no se defenderían tanto) / sensación de falta de control / enfado cada vez más constante y que se extiende a cada vez más personas y situaciones / honestidad emocional: expresan lo que sienten y “no engañan a nadie”.

Muy común es el **estilo pasivo- agresivo**: la persona callada y no-assertiva en su comportamiento externo, pero con grandes dosis de resentimiento en sus pensamientos y creencias. Al no dominar una forma

asertiva o agresiva, las personas pasivo-agresivas utilizan métodos sutiles e indirectos: ironías, sarcasmos, indirectas, etc. Intentan que la otra persona se sienta mal, sin haber sido ellos, aparentemente, los culpables. Esto se debe a una falta de habilidad para afrontar las situaciones de otra forma. (Sosa, 2011, p. 33).

c) Comunicación asertiva

Es la expresión directa de los propios sentimientos, deseos, derechos legítimos y opiniones sin amenazar o castigar a los demás y sin violar los derechos de esas personas. Las personas tienen que reconocer también cuáles son sus responsabilidades en esa situación y qué consecuencias resultan de la expresión de sus sentimientos.

La aserción implica dos tipos de respeto: respeto hacia uno mismo al expresar necesidades propias y defender los propios derechos, y respeto hacia los derechos y necesidades de las otras personas. El objetivo de la aserción es la comunicación clara, directa y no ofensiva de las propias necesidades, y el tener y conseguir respeto.

La conducta asertiva no tiene siempre como resultado la ausencia de conflicto entre las dos partes; pero su objetivo es la potenciación de las consecuencias favorables y la minimización de las desfavorables.

Fundamental para comportarse asertivamente es el darse cuenta tanto respecto a sí mismo como al contexto que le rodea. El darse cuenta sobre uno mismo consiste en "mirar adentro" para saber lo que quiere antes de mirar alrededor para ver lo que los demás quieren y esperan de uno en una situación dada.

Para una persona que se comunica con un estilo asertivo, en general su comportamiento externo (componente conductual) es del siguiente modo: Habla poco fluida / seguridad / ni bloqueos ni muletillas / contacto ocular directo pero no desafiante / relajación corporal / comodidad postural / expresión de sentimientos / defensa sin agresión / honestidad / capacidad de hablar de propios gustos e intereses / capacidad de discrepar

abiertamente / capacidad de pedir aclaraciones / decir “no” / saber aceptar errores. Con respecto a sus sentimientos y emociones: poseen buena autoestima / no se sienten inferiores ni superiores los demás / tienen satisfacción en las relaciones / sienten respeto por uno mismo / poseen sensación de control emocional. (Sosa, 2011, p. 35).

A.6. Funciones de la comunicación.

Satisfacer necesidades, fortalecer nuestro sentido de identidad, obligación social, desarrollo de relaciones, intercambio de información e influir en las personas.

- El ser humano es una persona que tiende a tener constantemente necesidades que debe cubrir para sobrevivir.
- El comunicarnos para fortalecer nuestro sentido de identidad, es una necesidad del ser humano, que influye en la autoestima. Este tipo de comunicación es valioso para saber la calidad de actuación que desarrollamos.
- Las obligaciones sociales se presentan diariamente en nuestra vida, simplemente el saludar a nuestros compañeros, amigos, son necesidades que se presentan en nuestro medio ambiente.
- El desarrollar relaciones es otra necesidad que como seres humanos poseemos, siempre es útil el relacionarnos con los demás de una forma satisfactoria.
- El intercambio de información se nos presenta diariamente, ya sea en casa o en la escuela, o en el transcurso de nuestro camino a nuestro trabajo, cuando obtenemos información escrita o por medio de la observación buscamos reafirmarla.
- El influir en otros, sucede generalmente cada vez que nos expresamos, esto es interactivo y aunque sea en grado mínimo, siempre se presenta el recuerdo de algo ya sea una situación agradable o desagradable. (Flores, 2010, p.12).

A6.1. Este autor define de la siguiente manera las funciones:

Existen diferentes funciones tales como: (Castaño, 2012, p. 16)

- **Función referencial o cognoscitiva:** Se orienta hacia la realidad a la cual aluden el mensaje o el discurso. Pretende brindar información verídica y objetivo, que corresponda fielmente a la realidad, ejemplo: Todo texto de carácter científico es referencial.

- **Función emotiva o expresiva.**

Está centrada en el emisor y expresa la actitud del hablante hacia aquello de lo que está hablando, expresa sentimientos y emociones sean reales o fingidas. Generalmente esta función es inconsciente. Ejemplo: Cuando alguien dice “Apenas son las cuatro de la tarde?”, nos da a entender que le ha parecido el día muy largo o que está aburrido.

- **Función connotativa.**

Está orientada al receptor, se enuncia en forma imperativa; es un tipo de mensaje didáctico que utiliza recurso gráficos o audiovisuales, que tiene como función decir “vean, recuerde que, tenga en cuenta que”.

- **Función fáctica o de implicación**

Está orientada hacia el contacto de emisor y receptor a través de la palabra para iniciar, mantener, prolongar o interrumpir un acto comunicativo. No necesariamente tiene contenido. Ejemplo: Ajá?; Ok; listo!

- **Función poética o estética**

Esta comunicación le da mucha importancia al mensaje en sí mismo. En esta función se aplican principios especiales de estilística semiótica, ya que una obra pictórica, una escultura, un poema o una obra literaria, son observados o leídos y el mensaje lo da el mismo objeto por lo que pueda transmitir

- Función metalingüística

Está centrada en el código que hace comprensible el mensaje. Por medio del lenguaje es posible hacer una explicación del lenguaje mismo (Metalenguaje).

- Función retórica

Desde el punto de vista retórico, la comunicación consiste en un acto unidireccional, como disparar una flecha a un blanco. Toda la actividad de la comunicación, se centra en la acción unidireccional de hacerle algo a alguien, haciéndose hincapié en el emisor y en su capacidad de comunicación. Esto significa que de la manera en que construye, organice y transmita su mensaje; depende la efectividad de su discurso. Ejemplo: Los conferencistas de cualquier índole. (Castaño, 2012, p. 16)

A.7. Niveles de la comunicación: (Ojeda, 2013, p. 35).

Impersonal/automático intercambio de frases familiares o automáticas. (Cómo está, buenos días, etc.): Método agradable, alegre, eficiente de no involucramiento para tratar a la gente.

Impersonal/basado en hechos: informar datos: Método eficiente de no involucramiento para transmitir información a la gente.

Impersonal/Personal informar o comunicar las ideas Pensamientos o juicios de uno: Puede variar desde completamente impersonal hasta profundamente personal.

Personal Comunicar sentimientos y pensamientos personales: De personal a profundamente personal. Requisito de comunicación para el amor romántico. Experimentado más intensamente con un individuo seleccionado quien es de gran valor personal para uno mismo. (Ojeda, 2013, p. 35).

A.8. Elementos de la comunicación:

Todas las comunicaciones, intencionales o no, tienen algún efecto y están compuestas por una serie de elementos denominados elementos de la comunicación: (Ubillús, 2002, p. 18).

- a) **El emisor:** la comunicación se inicia con el emisor. El emisor puede ser una o varias personas con ideas, información y un propósito para comunicar. No hay que olvidar que se necesita saber quién (es) es (son) nuestro (s) receptor (es) y de esta manera adecuar lo que comunicamos a las características de quien lo recibe.

- b) **En codificación:** es el segundo paso que se da en este proceso, consta en que una vez que ya se tiene la idea de lo que se va a comunicar, se debe de traducir en palabras orales o escritas, o en algún símbolo que posea un significado claro y comprensible para el receptor.

- c) **El mensaje:** es la forma que se le da a una idea o pensamiento que el comunicador desea transmitir al receptor, ya sea en forma verbal o no verbal.

- d) **El medio o canal:** es el vehículo por el cual el mensaje viaja del emisor al receptor. Hay diferentes tipos de medios y siempre hay que buscar el que sea más efectivo para que tu mensaje sea comprendido fidedignamente por los receptores.

- e) **El receptor:** es la persona (s) que recibe (n) un mensaje por parte del emisor, ese mensaje es aceptado por: las habilidades comunicativas del receptor, su grado de conocimiento acerca del tema y su posición dentro del sistema (estatus).

- f) **La decodificación:** es el proceso final de la comunicación.
Significa: que el receptor encuentre el significado e interprete el mensaje que le envió el emisor. Algo que no hay que olvidar es que el mensaje lo va interpretar el receptor en base a sus experiencias.

Existen otros elementos de la comunicación que incluye: “una fuente que es la personas con ideas, necesidades, intenciones, información y una razón para comunicarse; un mensaje que se da mediante un conjunto de símbolos codificados y sistematizados que representan las ideas, fines, intenciones y sentimientos: otro elemento es el codificador, es el mecanismo para expresar o traducir el propósito de la comunicación de un mensaje a través de un canal que es el medio para transmitir el mensaje: se requiere de un descifrador, mecanismo para traducir el mensaje por ejemplo los órganos sensoriales y por último un receptor que es el objetivo del mensaje o la persona a quien va dirigida la intencionalidad de la comunicación. (Ubillús, 2002, p. 18).

A.9. Habilidades para la comunicación

Según: (Satir, 2014, p. 28).

A.9.1. La escucha activa:

No es lo mismo oír que escuchar. Escuchar es un acto consciente, voluntario y libre. Hay que querer escuchar. Oír es percibir los sonidos. Escuchar a alguien, es acogerle con todo lo que es y tal como se expresa.

A.9.2. Tipos de escucha:

Podemos distinguir varios tipos de escucha: valorativa, interpretativa, exploratoria o investigadora, consoladora, de identificación, empática. Sólo esta última nos permitirá ejercer una buena mediación. (Satir, 2014, p. 28).

- **Escucha valorativa:** La actitud valorativa suele aportar respuestas en las que se hace referencia a los valores, al deber, generalmente cuando se tiene una actitud valorativa, se responde dando consejos, incluso órdenes, se amonesta, se culpabiliza, se recuerda al otro lo que moralmente está obligado a hacer. El inconveniente de este tipo de respuesta es que impone los valores y criterios de quien responde y no tiene en cuenta a la persona que habla. Son

respuestas que crean dependencia y no permiten a la persona tomar sus propias decisiones.

- **Escucha interpretativa:** Es aquella que trata de desvelar al otro los motivos inconscientes o semi-inconscientes de su conducta. La respuesta interpretativa, en el mejor de los casos, puede aclarar algo de lo que pasa, pero es una aclaración teórica, no sentida, y en muchos casos no pedida por la persona interlocutora. Es una especie de disección que deja al descubierto los motivos de la conducta sin el consentimiento de la persona interesada, una violación de la intimidad. Además la interpretación es muy discutible porque la hace alguien desde fuera, en base a su propia experiencia, a sus propios criterios, no desde la vivencia de la persona a la que se está escuchando.
- **Escucha exploratoria o investigadora:** La actitud exploratoria la adoptamos cuando necesitamos más datos para hacernos una idea precisa de lo que le pasa a la otra persona. Esta es una actitud neutra, si no forzamos ni acosamos a preguntas. Pero puede llegar a ser percibida como una invasión de la propia intimidad si es excesiva, “curiosa”, tanto por el número de preguntas como por la privacidad de las mismas.
- **Escucha consoladora:** La actitud consoladora produce respuestas tranquilizadoras, que tratan de reducir la angustia o el sufrimiento de la otra persona, generalmente quitándole importancia al asunto. De hecho no entra en el problema ni lo afronta. Simplemente consuela. En el caso de la acción mediadora, la escucha consoladora nunca llevará a que la persona a la que estamos escuchando a encontrar una solución para su conflicto.
- **Escucha de identificación:** Cuando nos identificamos con otra persona no le ofrecemos soluciones, simplemente “la acompañamos en el sentimiento”. De todas maneras es una

presencia cálida, cercana y de momento alivia la situación. Pero no entra en la problemática de fondo.

- **Escucha empática:** La actitud empática trata de captar los sentimientos que hay detrás de las palabras sin interpretar. No valora ni juzga. No aconseja ni consuela. No produce una disminución de la angustia en el momento, pero da la oportunidad a la otra persona de ponerse en las mejores condiciones de analizar su situación y de tomar postura. La escucha empática favorece que la persona opte por la solución más adecuada, libre y responsablemente. Esta es la forma esencial de escucha para ejercer la mediación, por eso nos pararemos en ella en el siguiente apartado.

A.10. Factores que influyen en la comunicación

- La percepción, o la imagen que uno se hace del mundo y del otro. Para percibir es preciso sentir, interpretar y comprender el mundo en el cual uno vive. La percepción es pues un gesto personal e interno.
- Los valores y las creencias, muy relacionados con la estima.
- Mucha gente no valora más que lo que tiene importancia para ella. Los sistemas de valores difieren entre las personas por varias razones: la edad, el trabajo, los estudios, las relaciones parentales y las de pareja. Estos factores modifican u orientan las pautas de actuación que se incluyen en los cuidados enfermeros.
- Los aspectos sociales y culturales. Refiriéndose a las ideas preconcebidas o aprendidas a una edad muy temprana y que limitan, de manera importante, el estilo de comunicación y de interacción de unas personas con otras. Del mismo modo, la cultura enseña a los individuos cómo comunicar a través del lenguaje, los gestos, los vestidos, comidas o la forma de utilizar el espacio. Si las enfermeras no conocen estos aspectos sociales y culturales de los pacientes les va a ser difícil saber el sentido, a veces tan diferente que ellos dan al mensaje que reciben.

- Los aspectos familiares, como la autoestima, el poder, la intimidad, la autonomía, la confianza y la habilidad para comunicarse. (Naranjo, 2005, p. 37).

A.11. Barreras de la comunicación

- Escaso tiempo y mala organización de que se dispone y la rutinización de las interacciones. Por ejemplo: este agobio por el tiempo puede traducirse en muchos profesionales en rutina, la cual puede llegar a despersonalizar y a tener efectos negativos produciendo insatisfacción en los profesionales y desencanto entre los enfermos.
- El conflicto grupal que acarrea insatisfacción, malestar social, irritación, agresividad y desánimo.
- Las actitudes, se relaciona con la disponibilidad y autoestima de la persona. Por ejemplo en el personal profesional de salud pueden llegar a ser una de las barreras más infranqueables para el logro de una comunicación asertiva. (Pasquali, 2012, p. 26).

A.12. Categorías.

Comunicación verbal:

Asertivo: 86-112pts

Agresivo: 57-85pts.

Pasivo: 28-56 pts.

Comunicación no verbal:

Asertivo: 37-48pts.

Agresivo: 25-37pts.

Pasivo: 12-24 pts.

Para el puntaje general se evaluará de la siguiente manera:

Asertivo: 121 - 160pts.

Agresivo: 81-120pts.

Pasivo: 40-80 pts.

A.1.3. Teorías de los estilos de comunicación

Teoría del pensamiento de Carl Rogers

Para este psicólogo humanista, el hombre es inherentemente bueno y se debe tener plena confianza en él y en su capacidad para desarrollarse y construirse a sí mismo. La persona tiene dentro de sí una serie de motivaciones internas que le llevan a la actualización propia y a la socialización cuando se eliminan los obstáculos que lo impiden. (Esta tendencia innata lleva al hombre hacia lo que Rogers denomina una apertura a la experiencia, es decir, al estado en el que la persona es capaz de escucharse y de experimentar lo que ocurre dentro de sí y de tener plena conciencia de los sentimientos que experimenta, y que podrá manejar de un modo positivo para su desarrollo. (Soria, 2015, pp. 23 - 27).

Rogers distingue los siguientes rasgos más significativos en las relaciones interpersonales:

1. El comportamiento debe reflejar el estado interior, no sirve actuar de manera calmada, segura, etc., si interiormente se viven estados de ánimo diferentes a estos.
2. Saber escucharse, aceptarse y ser uno mismo, es decir, solamente cuando nos aceptamos como somos podemos iniciar un cambio de aquello que en nosotros va mal y es esta aceptación de nosotros mismos la que convierte en auténtica la relación con el otro.
3. Comprender al otro sin juzgarlo. Hay que tener siempre en cuenta que las experiencias del otro nos enriquecen, nos ayudan a superar nuestros límites y a convertirnos en seres más responsables; y que la comprensión y aceptación de los estados de ánimo de los otros, nos ayudan a aceptar los propios sentimientos y a superarlos.
4. Facilitar en el otro la comunicación consigo mismo, es decir, conseguir acoger cualquier sentimiento que la persona quiera comunicarte.
5. Aceptar al otro. Considerar a la persona como una isla que intentará construir puentes con otras personas sólo, cuando se sienta segura de hacerlo permaneciendo ella misma. Si somos capaces de aceptar las opiniones, los sentimientos, las posturas del otro, le estaremos ayudando a convertirse cada vez más en sí mismo.

6. Estar abiertos a la experiencia. Ello nos convierte en personas más respetuosas hacia la complejidad de los procesos de la vida, menos condicionados por los fines deseables, y menos propensos a manipular a los demás, orientándolos hacia las direcciones elegidas por nosotros. Rogers era defensor de la tendencia psicológica “fenomenológica”, caracterizada por una gran confianza en las fuerzas de desarrollo de las personas intervinientes en las relaciones: capacidad de aceptación, de comprender empáticamente, de participar emotivamente y de creación de un clima favorable de crecimiento interior. Distingue tres actitudes básicas que las personas deben cultivar en sí mismas para que resulte eficaz la relación:

Autenticidad: con múltiples sinónimos, entre ellos congruencia, genuinidad, transparencia, autenticidad, sinceridad, espontaneidad. La autenticidad se realiza en un doble nivel, uno intrapersonal y otro interpersonal (el que nos interesa en este momento), en el cual el emisor es libre para comunicar al receptor sus propios sentimientos a través de una vía directa como expresión de la propia vivencia interior, consiguiendo armonizar la experiencia con la comunicación. Es difícil permanecer así de transparente a uno mismo y al otro, y sólo asumiendo esta postura los encuentros se convierten en claros y constructivos. La autenticidad favorece un diálogo libre y fructuoso, permite avivar un encuentro abriéndose paso hacia la confianza y la lealtad evitando el fenómeno del “doble lenguaje”.

Consideración positiva incondicional: es decir, aceptar cualquier aspecto de la experiencia del otro de manera incondicional admitiendo una implicación afectiva en la relación. Si ésta actitud es vivida con sinceridad y madurez por ambas partes dentro de la relación, traerá consigo notables ventajas entre las que encontramos: la posibilidad de explorarse y de conocerse siempre más a fondo y conseguir la conquista de una sana autonomía personal fruto de un proceso de maduración y de dinamismo.

La comprensión empática: como modo particular de comprender a una persona que puede ponerse en práctica sólo por quien tiene la “capacidad

de ponerse verdaderamente en el lugar del otro, de ver el mundo como él lo ve”. Puntualizando, que significa “entrar en el mundo personal del otro y quedarse tan a gusto como en su propia casa. Esto implica ser sensibles, momento a momento, al cambio de los significados experimentados que fluyen en la otra persona”.

El término “empatía” es, en ocasiones, difícil de distinguir del término “simpatía”, por ello, es conveniente que lo clarifiquemos. Pues aunque las dos actitudes expresan la resonancia que se desvela en el ánimo, la simpatía se refiere a sentir lo mismo que siente nuestro interlocutor, y la empatía se refiere a ponernos en el lugar del otro, reconociéndole el derecho de que vea las cosas como las ve y que las sienta como las siente sin hacerle ningún tipo de juicio ni darle la razón. Simplemente hacemos con su mensaje una aceptación incondicional y un intento de comprensión

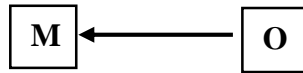
IV. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. Diseño de Investigación

El presente estudio fue de enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo; de tipo: según la intervención del investigador fue observacional, según la planificación de la toma de datos fue prospectivo, según el número de ocasiones en que se midió la variable de estudio fue transversal, según el número de variables de interés fue de análisis univariado. (Supo, 2012, pp. 1-2).

De enfoque cuantitativo porque permitió cuantificar los datos mediante el uso de la estadística. De nivel descriptivo porque describió los hechos tan igual como sucedió en la naturaleza. Tipo de investigación: Observacional porque no se manipuló la variable ya que los datos reflejaron la evolución natural de los eventos; Prospectivo porque los datos se recolectaron de fuentes primarias o sea directamente de la muestra objeto de estudio. Transversal/ por que las variables se midieron en una sola ocasión, y de análisis estadístico simple de frecuencias porque se utilizó la estadística descriptiva simple.

El diagrama de este tipo de estudio fue el siguiente:



Donde:

M = Muestra de estudio

O = Estilos de comunicación

4.2. Población y muestra

Universo:

La población estuvo constituida por todos los profesionales de enfermería, tanto los de hospitalización como los de consultorios externos del Hospital Regional Virgen de Fátima que suman un total de 56 profesionales. Distribuidos como sigue:

SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN	fi
Emergencia	09
Pediatría	06
Cirugía	07
Gineco-Obstetricia	05
UCI-Medicina	06
Neonatología	12
UCI	06
Consultorios externos	05
TOTAL	56

Fuente: Oficina de personal del Hospital Regional Virgen de Fátima

- **Criterio de Inclusión:**

Todos los profesionales de enfermería que se encuentren laborando en los servicios de hospitalización en el Hospital Regional Virgen de Fátima.

- **Criterio de Exclusión:**

Los profesionales de enfermería que no deseen colaborar con en el estudio.

Los profesionales que estén de vacaciones.

Los profesionales que laboran en los consultorios externos.

Población:

De acuerdo a los criterios de selección establecidos, la población estuvo constituida por 48 profesionales de enfermería, del Hospital Regional Virgen de Fátima.

SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN	fi
EMERGENCIA	09
Pediatría	03
Cirugía	07
Gineco-Obstetricia	05
UCI-Medicina	06
Neonatología	12
UCI	06
TOTAL	48

Fuente: Oficina de personal del Hospital Regional Virgen de Fátima

Muestra:

Para esta investigación se utilizó el 100% de la población, por lo tanto la población / muestral estuvo conformado por 48 profesionales de enfermería.

Muestreo:

No se aplicó ningún muestreo ya que las unidades muestrales seleccionadas corresponden al 100% de la población.

4.3 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

Según (Pineda, 1994, p. 68)

Método: Encuesta.

Técnica: Cuestionario.

Instrumento:

Para el recojo de los datos se utilizó la Escala de los estilos de comunicación, adaptada y validado por R. Ojeda Reyes. Dicho instrumento estuvo constituido por 02 dimensiones comunicación verbal y no verbal; el mismo que tuvo de 40 ítems, con respuestas a los ítems en una escala de Likert los cuales son:

CN = Nunca o casi nunca: 1pt

AV = A veces: 2pts

AM = A menudo, con cierta frecuencia: 3pts

CS = Siempre o casi siempre: 4pts

Dicho instrumento se aplicó con una duración de 15 minutos

Nota: Los ítems 5, 10, 11, 16, 17, 19, 22, 23, 27, 29, 32, 38 se puntuaran al revés de (4 – 3 – 2 – 1)

La variable principal se midió en las categorías de:

- Asertivo: 121-160 pts.

-Agresivo: 81-120 pts.

-Pasivo: 40-80 pts.

Las dimensiones se midieron en:

- *Comunicación verbal:*

Asertivo: 86-112 pts.

Agresivo: 57-85 pts.

Pasivo: 28-56 pts.

- *Comunicación no verbal:*

Asertivo: 37-48 pts.

Agresiva: 25-36 pts.

Pasiva: 12-24 pts.

4.4 Procedimiento de recolección de datos:

Para recolectar los datos se realizó de la siguiente manera:

- Se seleccionó el instrumento de medición teniendo en cuenta la operacionalización de variables.
- Se solicitó al decano de la Facultad de Ciencias de la Salud para que emita documento al Director del Hospital Regional Virgen de Fátima, solicitando la autorización para la recolección de los datos.
- Se solicitó la autorización a la Dirección del Hospital Regional Virgen de Fátima y jefatura de enfermería por el cual nos brindaron las facilidades para la recolección de datos.
- Se aplicó el instrumento a los actores involucrados.
- Como última etapa del proceso de recolección de datos se elaboró la tabulación de las mediciones obtenidas para su respectivo análisis estadístico.

4.5. Análisis de datos

La información final se procesó en el Software versión 21 y el uso del programa Excel 2010. Para medir la variable se utilizó la estadística descriptiva de frecuencia simple con el 95% de nivel de confianza y un 5% de margen de error. Los resultados se muestran en tablas y figuras.

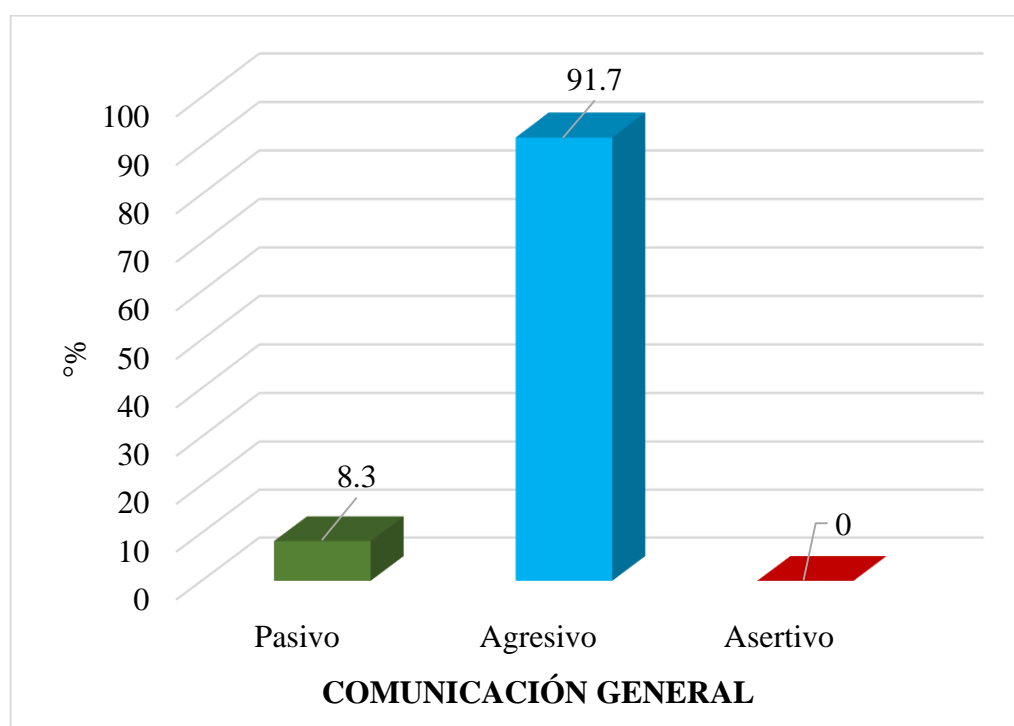
V. RESULTADOS

Tabla 01: estilos de Comunicación de los profesionales de Enfermería, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2017.

COMUNICACIÓN GENERAL	fi	%
Pasivo	4	8.3
Agresivo	44	91.7
Asertivo	0	0
TOTAL	48	100

Fuente: Escala de los estilos de comunicación

Figura 01: estilos de Comunicación de los profesionales de Enfermería, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2017.



Fuente: Tabla 01

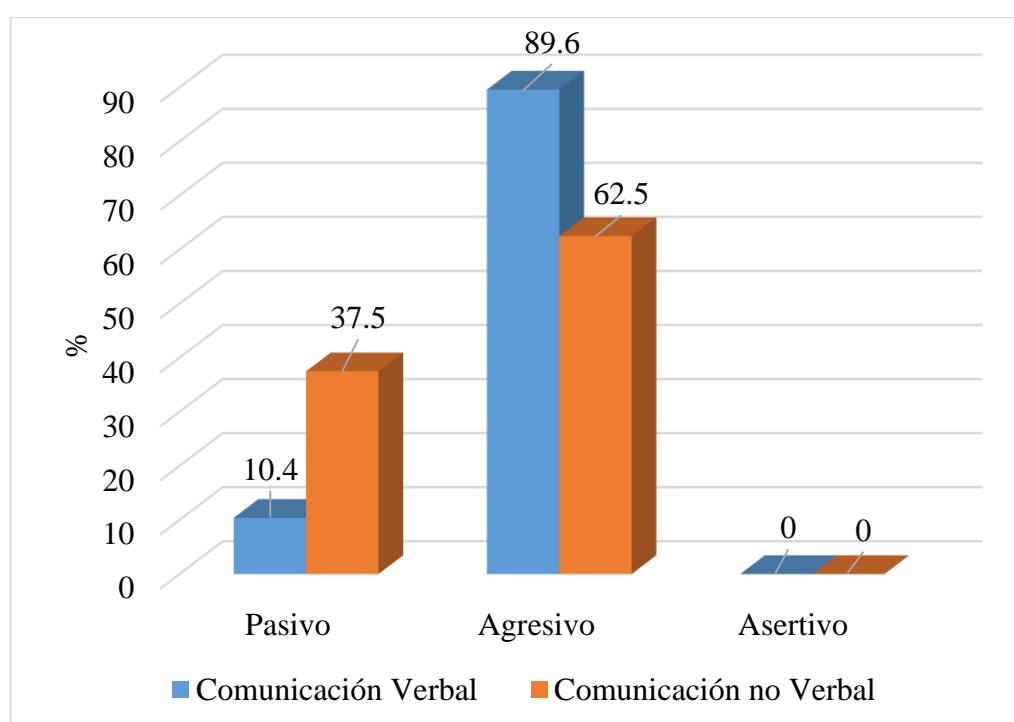
En tabla y figura 01 se observa que del 100% (48) de profesionales de Enfermería del Hospital Regional Virgen de Fátima el 91.7% (44) presenta una comunicación general agresiva, el 8.3% (4) pasivo y el 0% (0) asertivo.

Tabla 02: Comunicación de los profesionales de Enfermería, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2017.

TIPOS DE COMUNICACIÓN	Pasivo		Agresivo		Asertivo		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Comunicación Verbal	5	10.4	43	89.6	0	0	48	100
Comunicación no Verbal	18	37.5	30	62.5	0	0	48	100

Fuente: Escala de los estilos de comunicación

Figura 02: Comunicación verbal de los profesionales de Enfermería, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2017.



Fuente: Tabla 02

En tabla y figura 02 se observa que del 100% (48) de profesionales de Enfermería del Hospital Regional Virgen de Fátima el 89.6 % (43) presenta una comunicación verbal agresiva, el 10.4% (5) pasivo y el 0% (0) asertivo. Asimismo el 62.5% (30) presenta una comunicación no verbal agresiva, el 37.5% (18) pasiva y el 0% (0) asertivo.

VI. DISCUSIÓN

En tabla y figura 01, se observa que el 91.7% de los profesionales de Enfermería del Hospital Regional Virgen de Fátima presenta una comunicación general agresiva, el 8.3% pasivo y ninguno asertivo. Quiere decir el profesional de enfermería tienen una comunicación con un tono de voz alta, deficiente respeto entre los enfermeros, lo que opinan y lo que piensan, falta de empatía, se comunican con un lenguaje no muy claro, tienen una postura amenazadora, son impacientes y apáticos. Es la expresión más hostil de los propios deseos a través de palabras o acciones que obligan al otro a someterse a ellos. El individuo agresivo no ve los derechos y necesidades de los demás y les niega la satisfacción de los mismos. Dicho sistema es útil para lograr un objetivo provocando temor en los demás. A menudo, se da la comunicación como un intercambio material, como si se tratara de una máquina transportadora, pero sabemos que la comunicación no funciona así, sino que el significado de las palabras está en las personas y no en las palabras, y cómo las personas adquieren experiencias distintas en su forma de captar e interpretar lo captado.

Los profesionales de Enfermería del Hospital Regional Virgen de Fátima, de 30 a 39 años y más tienen una comunicación agresiva, mientras que los de 24 a 29 años de agresiva a pasiva, (Tabla 03). Así mismo los profesionales de Enfermería, tanto masculinos como femeninos tienen una comunicación agresiva con ligera tendencia a pasivo. (Tabla 04). Los profesionales de emergencia, pediatría, cirugía, UCI, medicina Neonatología, tienen una comunicación agresiva con ligera tendencia a pasivo. Mientras los de Gineco – obstetricia el 60% agresiva y 40% pasiva. (Tabla 05). Debemos tener en cuenta que los profesionales de enfermería sin importar el tiempo de trabajo tienen una comunicación agresiva en casi el 100% de sus miembros. (Tabla 06).

En tabla y figura 02 se observa que el 89.6 % presenta una comunicación verbal agresiva, el 10.4% pasivo. Asimismo el 62.5% presenta una comunicación no verbal agresiva, el 37.5% pasiva. Esto quiere decir que las comunicaciones sean verbales y no verbales son agresivas y pasivas. La comunicación para el hombre es un proceso de intercambio de ideas, es una necesidad vital que regula la vida humana. Este proceso de intercambio de información que ocurre cuando interactúan al menos dos personas. Por lo tanto, su característica es la interdependencia dentro de un sistema (pareja, familia, grupo, curso, etc.), en que el comportamiento de cada miembro está

relacionado con el de los demás miembros y depende a la vez de ellos, que se comportan efectuando un valor comunicativo en donde no podrán evitar dicho intercambio aun cuando quisieran intentarlo.

Al comparar con los estudios de, Marcelo, Y. (2008). En su estudio cuyo objetivo fue: Identificar los aspectos presentes en la comunicación de la enfermera mediante un estudio tipo revisión documental. Sus resultados evidencian: Respecto a los aspectos en la comunicación de la enfermera, el 55% siente inseguridad, limitación, comunicación dominante y fría, percepción que se tiene hacia la familia ya que es un potente estresor.

Así mismo Díaz, M. (2011). En su investigación: “Comunicación enfermera / paciente: reflexión sobre la relación de ayuda”. Almería, 2011; sus resultados evidencian: en el 60% de las enfermeras la comunicación es muy asertiva y un 40% no asertiva; y los requisitos para poder formar a un profesional y realizar una correcta relación terapéutica son: autoconocimiento, empatía, respeto, observación, escucha activa y conciencia de las propias habilidades.

En su estudio Espinoza, M. (2009). El presente estudio de investigación tuvo como objetivo: Determinar el nivel de las relaciones interpersonales entre profesionales de enfermería del servicio de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Los resultados: Las relaciones interpersonales entre enfermeros del servicio de medicina son en su mayoría (71%) medianamente favorables, 15% son favorables y 14% medianamente desfavorables.

En su estudio Culqui, P. (2011). El objetivo de su estudio fue: Determinar la comunicación y conducta asertiva del profesional de Enfermería del Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas – 2011. Los resultados evidencian que el 42.1% (16) de profesionales de Enfermería son personas no asertivas quiere decir que estos manifiestan altos niveles de ansiedad en situaciones que requieren conducta asertiva, sin actuar asertivamente; mientras que el 26.3% (10) son ansiosos

Al comparar los resultados del presente estudio con los estudios de Marcelo, son similares ya que en ambos estudios se determina que la comunicación de los enfermeros son no asertivas. Mientras que con con los estudios de Díaz, M. (2001); Espinoza, M.

(2009); Culqui, P. (2011). Los resultados son diferentes porque en los citados estudios la comunicación del profesional de enfermería son muy asertivas y en el presente estudio es no asertivo. Debemos tener en cuenta que una comunicación asertiva consiste en ser capaz de comunicarse en cada ocasión de la mejor manera posible. Una característica muy importante de la utilización del estilo asertivo es que la persona consigue defender sus derechos y expresar sus opiniones, utilizando para ello los componentes conductuales de la comunicación de la forma más adecuada.

Por otro lado una característica muy importante de la utilización del estilo asertivo es que la persona consigue defender sus derechos y expresar sus opiniones, utilizando para ello los componentes conductuales de la comunicación de la forma más adecuada. El objetivo fundamental de la persona asertiva no es conseguir lo que desea a cualquier precio, sino ser capaz de expresarse de forma adecuada y sin agredir, de manera que al interactuar con una persona asertiva, en muchas ocasiones la comunicación se convierte en una negociación. El uso del estilo asertivo hace que la persona resuelva habitualmente los problemas que se encuentra en sus relaciones sociales, lo que genera satisfacción y hace que se sienta a gusto con los demás y consigo mismo, incrementándose por este motivo su autoestima personal.

En el presente estudio esto no sucede, porque los profesionales de enfermería, han adoptado un estilo de comunicación agresivo se caracteriza porque no sólo se preocupa por defender a cualquier precio sus derechos, sino porque su forma de defenderlos normalmente, lleva aparejada la falta de respeto hacia los derechos de los demás, incluso cuando esto es absolutamente innecesario para defender los propios. Su creencia fundamental supone que estas personas se considera la única persona importante y con opinión en cualquier contexto personal y profesional, menospreciando a los demás, de forma que lo que los otros puedan sentir o pensar no tiene interés. Además, acostumbra a quitarse de encima cualquier tipo de responsabilidad sobre su forma de relacionarse con los demás, de forma que cuando el resultado de la relación conlleva consecuencias negativas para los otros, “ellos se lo han buscado”.

Debemos entender que la utilización predominante y continuada de un estilo de comunicación agresivo genera en la persona sentimientos de culpa y una pobre imagen de sí mismo, pues llega a ser consciente de su proceder. Llegan a ser sujetos que, siendo

rechazados por los demás por su forma de relacionarse con ellos, se aíslan y se refugian en la soledad, pues las relaciones sociales habitualmente les generan enfado. Por todo ello, es frecuente que pierdan oportunidades en los terrenos personal y profesional.

Otro aspecto fundamental es que la comunicación es una de las más importantes conductas que el ser humano efectúa diariamente, además de ser utilizada para diferentes propósitos, situaciones y formas, merece un estudio sistemático utilizando las habilidades sociales para la práctica de los profesionales de la salud, quienes previamente debieron formarse desde la etapa estudiantil con principios éticos y valores que le permitan poder interactuar asertivamente con pacientes y/o usuarios, además de favorecer la escucha activa con el paciente y el desarrollo mutuo.

La comunicación al interior de los equipos de salud, es el medio fundamental con que cuenta el equipo para alcanzar los objetivos propuestos. En el trabajo en equipo se busca lograr aumentar la eficiencia en las comunicaciones, ya que se ha visto, que parte importante del éxito de la organización está en delimitar los canales y responsabilidades en el acto de comunicarse.

Los profesionales de enfermeros históricamente han sido objeto de abusos verbales por parte de colegas. Las consecuencias de dichos abusos pueden ser devastadoras y duraderas. Se ha encontrado que sus consecuencias son perjudiciales tanto fisiológica como psicológicamente. Resultados de algunos estudios, indican que el abuso verbal ocurre y que son los enfermeros los que se identifican como la fuente más frecuente de las agresiones verbales a las otras enfermeras, seguido de los familiares de pacientes, los propios pacientes y el resto de compañeros.

La ira, el juzgar, la crítica y la condescendencia son los tipos más frecuentes de agresión verbal. Juzgar y criticar resulta más estresante que la condescendencia. La mayoría de enfermeras utilizan habilidades de afrontamiento para aclarar los malentendidos directamente con la enfermera de la agresión; aunque muchas enfermeras, optan por patrones de silencio, pasividad y la negativa en habilidades de afrontamiento

VII. CONCLUSIONES

- 1.** Casi el total de los profesionales de Enfermería del Hospital Regional Virgen de Fátima presenta una comunicación general agresiva, y una mínima cantidad una comunicación pasiva y ninguno asertivo.
- 2.** Más de las tres cuartas partes de los profesionales de enfermería presenta una comunicación verbal agresiva. Asimismo más de la mitad de los profesionales de enfermería presenta una comunicación no verbal agresiva, y casi la mitad una comunicación no verbal pasiva. Esto quiere decir que las comunicaciones sean verbales y no verbales son agresivas y pasivas.
- 3.** Los profesionales de Enfermería del Hospital Virgen de Fátima, de 30 a 39 años y más tienen una comunicación agresiva, mientras que los de 24 a 29 años de agresiva a pasiva.
- 4.** Así mismo los profesionales de Enfermería, tanto masculinos como femeninos tienen una comunicación agresiva con ligera tendencia a pasivo.
- 5.** Los profesionales de emergencia, pediatría, cirugía, UCI, medicina Neonatología, Gineco – obstetricia tienen una comunicación agresiva con ligera tendencia a pasivo.
- 6.** Los profesionales de enfermería sin importar el tiempo de trabajo tienen una comunicación agresiva en casi su totalidad de sus miembros.

VIII. RECOMENDACIONES

1. Desde la institucionalidad se debe generar políticas de comunicación Asertiva entre los profesionales de enfermería, porque una comunicación adecuada es capaz de desempeñar con éxito las actividades profesionales para las que fueron formados, solucionar conflictos, establecer metas, adaptarse al cambio y disfrutar de la vida, son conscientes de sí mismas y manifiestan capacidad de formar grupos que faciliten su autorrealización.
2. Se debe realizar talleres de capacitación de la ética profesional, relaciones interpersonales en los profesionales de enfermería, para que de esta manera conozcan y comprendan el fenómeno del proceso de las habilidades relacionales y comunicativas, como generador de la resolución de los conflictos interpersonales y de la insatisfacción laboral en la profesión enfermera, así mismo, contribuirá al mantenimiento de unas relaciones interpersonales cordiales.
3. Trabajar de forma personal con los profesionales de enfermería sobre la comunicación asertiva y la resolución de problemas y conflictos personales, este contexto servirá como estímulo para despertar en la conciencia de los profesionales enfermeros y de la salud en general, la necesidad de educarse y formarse en una ética de las relaciones interpersonales humanística y humanizadora; lo cual revertirá en la salud personal y social de las organizaciones, así como en el cuidado que se presta a la sociedad en general. Entendemos que bajo esta óptica, las relaciones interpersonales se volverán más sanas y se conseguirá, por tanto, una satisfacción laboral y una disminución del estrés en nuestra profesión y nos capacitará para prestar nuestros cuidados técnicos y relacionales de un modo aún más eficaz.
4. Fortalecer en todos los niveles educativos la enseñanza de valores éticos, con mayor énfasis en el pregrado donde se integre en su plan de estudios temas de comunicación asertiva, esto servirá para que los profesionales de enfermería practiquen adecuados estilos de comunicación con sus pares ya que es un factor que facilitara la convivencia armoniosa basada en una relación positiva, además no solo contribuirá en la calidad de la atención que brinden sino también en la presencia de un clima organizacional adecuado que permita un desempeño satisfactorio.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre, D. (2005). *Competencias comunicativas del profesional de enfermería. Universidad de la Habana. Cuba*. Recuperado el 04 de Octubre de 2015. Desde <http://tesis.repo.sld.cu/108/1/Aguirrerayas-comunicacion.pdf>.
- Arias, C. (2013). *Las relaciones interpersonales en Enfermería Quirúrgica: Conflictos laborales y estrategias de mejora. Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. Universidad Católica Santo Torio de Mogrovejo. Perú*. Recuperado el 27 de septiembre de 2015, desde <http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/215/1/TMA.pdf>.
- Sosa, M. (2011). *Influencia de la asertividad en el estilo comunicacional de los miembros de parejas de entre uno y cinco años de convivencia en la ciudad de rosario. Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Psicología. Universidad Abierta Interamericana*.
- Bruno, (2011). *Diccionario Bruno*. 6^{ta} edición. Edit. Limusa. Lima - Perú.
- Castaño, G. (2012). *Dirección general de innovación académica*. Recuperado el día 10 de Octubre de 2015, desde <http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/sedes/manizales/4010014/Contenidos/Capitulo/3.7/37Funciones-comunicacion.htm>.
- Cibanal, J. (2001). *Interrelación del profesional de enfermería con el paciente*. Ed. Doyma. Barcelona.
- Culqui, P. (2011). *Conducta asertiva del profesional de Enfermería, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2011*. Tesis para optar el título de licenciada en Enfermería, universidad nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas, Perú.
- Díaz, M. (2011). *Comunicación enfermera/paciente: reflexión sobre la relación de ayuda*”. Rev. Esp.Com Sal. España. 2011; 2(1): 55-68.
- Edreira, L. (2013). *Interacción en el equipo de salud para una asistencia segura y fiable*. Universidad de Coruña .Brasil. Recuperado el 04 de Octubre de 2015. Desde http://ruc.udc.es/bitstream/2183/10213/2/EdreiraPena_Laura_tfg_2013.pdf.

- Flores, J. (2010). *La comunicación humana*. Universidad Autónoma San Luís Potosí. México. Recuperado el 11 de Octubre de 2015. Desde [http://ingenieria .uaslp. mx/ web2010/Estudiantes/apuntes/HUMANIDADES%20B.pdf](http://ingenieria.uaslp.mx/web2010/Estudiantes/apuntes/HUMANIDADES%20B.pdf).
- Furguerle, J., & Graterol, C. (2010). *Habilidades Sociales para el fortalecimiento del trabajo en equipo en las Organizaciones Educativas*. Revista Electrónica Facultad de Ingeniería. Universidad “Valle del Momboy”, 4(2), 216-228.
- García, C., & Ogando, B. (2005). *Comunicación eficaz para profesionales de la salud*. Enfermería Científica, 276-277: 31-39.
- Gelbcke, L. & Leopardi, M. (2014). *Perspectivas para um novo modelo de organização do trabalho da enfermagem*. Revista Brasileira de Enfermagem, 57(2):193-197.
- Grados, B. (2013). *Características de la comunicación enfermero paciente post quirúrgico mediato: Servicio de cirugía, Hospital Nacional Dos de Mayo 2013, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú*. Recuperado el 16 de septiembre de 2015, desde <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis /3515/3/.pdf>.
- Gobbo, M. (2009). *Habilidades de comunicación con el paciente*. La perspectiva del Psicólogo. *Reumatología Clínica*, 5(2): 47-48.
- Herrera, R. (2005). *Algunos factores influyentes en la calidad de vida laboral de enfermería*. *Revista Cubana de enfermería*, 21(1).
- Lapeña, Y. (2012). *Relaciones interpersonales laborales: la mirada del personal de Enfermería de las diferentes unidades del hospital general Santa*.
- López, E. (2002). “*La comunicación interpersonal en la relación enfermera paciente*”. *Rev. de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Vol. 10, 2002. N°2.
- Maicelo, Y. (2008). Colombia. En su estudio cuyo objetivo fue: Identificar los aspectos presentes en la comunicación de la enfermera mediante un estudio tipo revisión documental

- Martínez, G. (2008). Comunicación asertiva. Recuperado el 12 de Octubre de 2015, desde http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/docum/lco/martinez_c_gd/capitulo_3.pdf
- Manzur, G., & Morales, R. (2002). *Equipo de salud: comunicación y conflicto*. Recuperado el 01 de octubre de 2015, desde: http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/conteido/trabajos/1/Valdivia%202002/Comunicación_y_conflicto.pdf
- Marquina, S. (2009). *Relaciones interpersonales entre profesionales de Enfermería del Servicio de Medicina del Hospital Arzobispo Loayza, 2009*, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. Recuperado el 02 de octubre de 2015, desde: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/526/1/Espinozams.pdf>.
- Naranjo, M. (2005). *Actualidades Investigativas en Educación*. Vol. 5. (núm.2). Recuperado el día 19 de Octubre de 2015, desde <http://www.redalyc.org/pdf>.
- Ojeda, R. (2013). *Estilos de comunicación que practican los estudiantes de Enfermería entre sus pares durante su convivencia académica en la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la UNMSM 2013*. Recuperado el 1 de Noviembre de 2015, desde <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3540/1/Ojeda-rr.pdf>
- Pasquali, A. (2012). *Teorías de comunicación latinoamericanas*. 29 de octubre del 2015, <http://teoriasdecomunicacionlatino.americanas.blogspot.pe/2012/07/anton-pasquali.htm>.
- Satir, V. (2014). *Categorías de la comunicación*. Recuperado el día 16 de Octubre de 2015, desde http://www.mpfm.gob.pe/escuela/contenido/actividades/docs/50306categorias_de_comunicacion.pdf.
- Satz, M. (2009). *Manual de comunicación para estudiantes universitarios*. Recuperado el día 10 de Octubre de 2015, desde http://fernandovallejos.udem.edu.ni/wp-content/uploads/2014/11/manueal_de_comunicacion.pdf.

- Solís, S. (2012). *Características de la comunicación humana*. UnitecEcatec. 05 de Octubre del 2015, desde http://expresionsococolishernandez.blogspot.com/2012/03/caracteristicas-de-la-comunicacion_30.htm.
- Soria, B. (2015). *Estilos de comunicación*. Universidad de Alicante. Recuperado 27 de setiembre de 2015. Desde http://ruc.udc.es/bitstream/2183/10213/2/Edreira_Pena_Laura_tfg_2013.pdf.
- Ubillús, G. (2002). *Habilidades y estrategias de comunicación en el proceso de mediación*. Universidad Externado de Colombia y Alcaldía Mayor de Bogotá. Recuperado el 15 de Octubre de 2015, desde http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/25661/1/Tema_7.pdf
- Valdez, A. (s/f). *Psicología de la comunicación*. Recuperado el día 11 de Octubre 2015, desde:
<http://liceochapero.edu.gt/sites/default/files/Comunicacion%20Asertiva.pdf>
- Vander, H. (2003). *Los estilos de la comunicación*. Madrid: editorial Díaz de Santos. Recuperado el 05 de Octubre de 2015, desde: <http://www.actiweb.es/elartede hablar/archivo.pdf>.
- Yolandiz, M. (2008). *Aspectos presentes en la comunicación de la enfermera, la familia y la institución en la unidad de cuidado intensivo*. Tesis de especialización- PUJ. Bogotá.

ANEXOS

ANEXO N° 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

FORMULACION DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	MARCO METODOLOGICO
<p>¿Cuáles son los estilos de comunicación de los profesionales de Enfermería, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2017?</p>	<p>General Determinar los estilos de comunicación que existe en los profesionales de Enfermería, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2016.</p> <p>Específicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar la comunicación asertiva que existe en los profesionales de Enfermería, Hospital Regional Virgen de Fátima - Identificar la comunicación agresiva y pasiva que existe en los profesionales de Enfermería, Hospital Regional Virgen de Fátima, - Caracterizar a la población objeto de estudio. 	<p>V1 = Estilos de comunicación</p>	<p>Enfoque: Cuantitativo Nivel: Descriptivo Tipo: Observacional, Prospectivo, Transversal y Análisis estadístico univariado Diseño: de Relación</p> <p>U = 56 P = 48 M = 100% de la población = 48</p> <p>Método de Investigación: Inductivo - deductivo</p> <p>Método de RD: Encuesta Técnica de RD: Cuestionario Instrumentos: Escala de los estilos de comunicación, adaptada y validado por R. Ojeda Reyes.</p> <p>Análisis: Estadística descriptiva de frecuencias simple</p> <p>Presentación: tablas simples, tablas de contingencia y figura de barras</p>

ANEXO N° 02

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	CATEGORIAS		TIPO DE VARIABLE Y ESCALA
					DIMENSIONES	VARIABLES	
Estilos de comunicación	<p>Def. Conceptual: Son las expresiones verbales y no verbales que aplican los profesionales de enfermería con sus pares.</p> <p>Def. operacional: Son los tipos de comunicación del personal de enfermería. Se medirá mediante estilos de comunicación en los profesionales de enfermería será medido mediante un instrumento de evaluación de likert.</p>	Comunicación Verbal	<p>.Tono de voz.</p> <p>.Seguridad.</p> <p>.Respeto.</p> <p>. Opina lo que piensa</p> <p>. Empatía.</p> <p>. Lenguaje claro.</p>	28	<p>Asertivo = 86 - 112</p> <p>Agresivo = 57 - 85</p> <p>pasivo= 28 - 56</p>	<p>Asertivo: 121 - 160 pts.</p> <p>Agresivo= 81 - 120</p> <p>pasivo: 40 - 80</p>	<p>Para medir la variable en estudio se utilizará: la escala ordinal.</p> <p>Para medir los Items se utilizará la escala de Likert.</p> <p>Con cuatro respuestas: CN = Nunca = 1 AV = A veces =2 AM = A menudo =3 CS = Siempre = 4</p>
		Comunicación no verbal	<p>Mirada</p> <p>Amenazadora.</p> <p>Impaciencia.</p> <p>Postura.</p> <p>Apático</p>	12	<p>Asertivo= 37-48</p> <p>Agresivo= 25 - 36</p> <p>Pasivo= 12-24</p>		

ANEXO N° 03
UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

INSTRUMENTO
ESCALA DE LOS ESTILOS DE COMUNICACIÓN
(ADAPTADA Y ESTANDARIZADA POR Ojeda Reyes -2013)

INTRODUCCIÓN: a continuación se presenta el siguiente instrumento que tiene como objetivo “Determinar los estilos de comunicación que practican los profesionales de Enfermería durante su convivencia en el trabajo “.Dicha información es completamente **ANÓNIMA**, por lo que solicito responda con sinceridad y de acuerdo a su propia experiencia. Agradezco anticipadamente su colaboración.

INDICACIONES:

A continuación se le presenta una lista de enunciados, los cuales deberá responder, marcando con una equis (x) la casilla correspondiente a la columna que considere correcta , utilizando los siguientes criterios.

CN = Nunca o casi nunca

AV = A veces

AM = A menudo, con cierta frecuencia

CS = Siempre o casi siempre

DATOS GENERALES:

1. Edad:..... (Años)
2. Sexo: Femenino () Masculino ()
3. Servicio:
4. tiempo de trabajo:
 < de 01 año () De 1 a 2 años ()
 Entre 2 y 10 años () Más de 10 años ()

CONTENIDO.

Nº	AFIRMACIONES:	CN	AV	AM	CS
1	Me siento seguro(a) de decirle a algún compañero(a) de trabajo que su actitud no está ayudando al grupo de trabajo.				
2	Me es fácil dirigirme de manera directa a los demás durante conversaciones				
3	Emplear un lenguaje claro me facilita dialogar con mis compañeros(as) de trabajo.				
4	Ante una crítica suelo defenderme justificando o negando la evidencia.				
5	Me es difícil tolerar a mis compañeros(as) del trabajo cuando les hablo y no me escuchan.				
6	Durante diálogos prefiero mantener cierta distancia física con mis compañeros(as) de trabajo.				
7	Suelo prestar atención a mis compañeros(as) de trabajo cuando estos me comunican algo.				
8	Durante conversaciones bajo mi tono de voz para evitar problemas.				
9	Durante una conversación hablar con fluidez permite que se me entienda.				
10	Temo hablar con personas de autoridad ya que me hacen sentir nervioso(a) e inseguro(a).				
11	Mantengo una postura erguida y relajada pues me da seguridad cuando me comunico con los demás.				
12	Sé pedir disculpas ante situaciones en las que siento que he fallado.				
13	Mantengo la calma al hablar cuando mis compañeros(as) de trabajo incumplen con actividades asignadas.				
14	Explico cortésmente dudas o inquietudes de mis compañeros(as) de trabajo solo cuando estoy de buen ánimo.				
15	Durante conversaciones me agrada mantener cercanía física con mis compañeros(as) de trabajo.				
16	Difícilmente sostengo una conversación amable con mis compañeros(as) de trabajo.				
17	Mientras mis compañeros(as) de trabajo me están hablando puedo realizar otras actividades.				
18	Modulo mi voz según las situaciones en las que me encuentro.				
19	Cuando me piden mi opinión prefiero estar de acuerdo con lo anteriormente planteado para sí evitar problemas.				
20	En conversaciones me agrada utilizar frases como : “pienso” , “que te parece “ o te “propongo “				
21	Expreso mis opiniones aun si otros en el grupo no están de acuerdo.				
22	Cuando me critican alguna conducta suelo sentirme abatido.				

23	Utilizo un tono de voz elevado para intimidar a mis compañeros(as) de trabajo.				
24	Al hablar con los demás me siento seguro y expreso con confianza en mí mismo(a).				
25	Respeto las opiniones de los demás solo cuando respetan la mía.				
26	En cuestiones de trabajo tomo decisiones en coordinación con mis compañeros(as) del trabajo.				
27	Cuando me desagrada alguna conversación con mis compañeros(as) de trabajo utilizo frases irónicas o sarcásticas.				
28	Al dialogar me comunico cortésmente con mis compañeros(as) de trabajo.				
29	Suelo mirar fija y sostenidamente a los ojos de mis compañeros(as) de trabajo, pues esto me permite desafiarlos.				
30	Tiendo a asumir la responsabilidad por los errores de otros para evitar discusiones.				
31	Me resulta agradable sonreír cuando saludo o dialogo.				
32	Evito saludar tocando (el brazo, hombro u espalda) a mis compañeros(as) de trabajo, me es suficiente con decir “hola”.				
33	Suelo utilizar un lenguaje titubeante o poco claro ante situaciones estresantes.				
34	Cuando se me atribuyen hechos falsos soy incapaz de hablar directamente para aclarar las cosas.				
35	Trato de controlar gestos desagradables (fruncir el ceño o hacer muecas) durante conversaciones con mis compañeros(as) de trabajo.				
36	Temo saludar con un beso o estrechar de manos a mis compañeros (as) de trabajo.				
37	Mantengo una postura erguida (derecha, mirada al frente y hombros y hacia atrás).				
38	La imagen corporal es lo último en lo que pienso para demostrar respeto.				
39	Trato de igual manera a mis compañeros(as) de trabajo sin tomar en cuenta sus características personales.				
40	Suelo cruzar los brazos para no tener relación con la conversación que estuviera teniendo.				

ANEXOS N° 04

Tabla 03: Comunicación general según edad de los profesionales de Enfermería, Hospital General Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2017.

Edad	COMUNICACIÓN GENERAL						TOTAL	
	Pasivo		Agresivo		Asertivo		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
24 a 29 años	2	40	3	60	0	0	5	100
30 a 34 años	2	9.5	19	90.5	0	0	21	100
35 a 39 años	0	0	14	100	0	0	14	100
40 a más años	0	0	8	100	0	0	8	100
TOTAL	4	8.3	44	91.7	0	0	48	100

Fuente: Escala de los estilos de comunicación

Tabla 04: Comunicación general según sexo de los profesionales de Enfermería, Hospital General Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2017.

Sexo	COMUNICACIÓN GENERAL						TOTAL	
	Pasivo		Agresivo		Asertivo		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Masculino	0	0	5	100	0	0	5	100
Femenino	4	9.3	39	90.7	0	0	43	100
TOTAL	4	8.3	44	91.7	0	0	48	100

Fuente: Escala de los estilos de comunicación

Tabla 05: Comunicación general según servicio en que laboran los profesionales de Enfermería, Hospital General Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2017.

Servicio	COMUNICACIÓN GENERAL						TOTAL	
	Pasivo		Agresivo		Asertivo		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Emergencia	0	0	9	100	0	0	9	100
Pediatría	0	0	3	100	0	0	3	100
Cirugía	1	14.3	6	85.7	0	0	7	100
Gineco – Obstetricia	2	40	3	60	0	0	5	100
UCI-Medicina	0	0	6	100	0	0	6	100
Neonatología	1	8.3	11	91.7	0	0	12	100
UCI – General	0	0	6	100	0	0	6	100
TOTAL	4	8.3	44	91.7	0	0	48	100

Fuente: Escala de los estilos de comunicación

Tabla 06: Comunicación general según tiempo de trabajo que laboran los profesionales de Enfermería, Hospital General Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2017.

Tiempo de trabajo	COMUNICACIÓN GENERAL						TOTAL	
	Pasivo		Agresivo		Asertivo		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
< 1 año	1	20	4	80	0	0	5	100
1 a 2 años	2	18.2	9	81.8	0	0	11	100
3 a 10 años	1	3.3	29	96.7	0	0	30	100
Más 10 años	0	0	2	100	0	0	2	100
TOTAL	4	8.3	44	91.7	0	0	48	100

Fuente: Escala de los estilos de comunicación