

Comunicación asertiva para fomentar el autocuidado en pacientes con una  
condición crónica de salud hereditaria o adquirida no transmisible

Adriana Patricia Restrepo Tamayo

Monografía para optar el título de:

Especialista en Promoción y Comunicación para la Salud

Profesor:

Francisco Luis Ochoa Jaramillo

Universidad CES

Facultad De Medicina

División de Posgrados de Salud Pública

Especialización En Promoción Y Comunicación Para La Salud Modalidad Virtual

Medellín, febrero 2020

## Contenido

1. Introducción.....	4
2. Justificación.....	7
1. Objetivos .....	9
4 Objetivo General.....	9
4.1 Objetivos específicos.....	9
3. Marco teórico .....	10
3.1 Hemofilia, enfermedad de Von Willebrand y otras deficiencias de factores de coagulación, condiciones crónicas de salud heredadas o adquiridas no transmisibles.	10
3.1.1. ¿Qué es la hemofilia y qué es ser portadora? .....	10
3.1.2 ¿Qué es la enfermedad de Von Willebrand? .....	11
3.1.3 Deficiencia de otras deficiencias de factores de coagulación.....	12
4. ¿Qué es la comunicación?.....	12
4.1. ¿Qué es la comunicación asertiva? .....	13
4.3. Comunicación para la salud:.....	14
5. Educar para la salud.....	16
6. Comunicación asertiva para motivar el autocuidado: .....	17
6.1 Comunicación asertiva en la individualidad.....	19
6.2. Comunicación asertiva para el autocuidado grupal.....	21
7. La comunicación en salud una necesidad expuesta por los entes regulatorios .....	22
8.1. Experiencias exitosas en salud a través de la comunicación asertiva.....	24
9. ¿Están los profesionales de la salud educados para obtener una comunicación asertiva con el paciente y/o cuidador principal? .....	28
10. Conclusiones.....	32
Tabla 1. Pensum Universidades del país .....	34
11. Referencias bibliográficas.....	38

## 1. Resumen

Esta monografía es una revisión de diferentes estrategias de comunicación asertiva usadas en la educación para la salud y su verdadero impacto en las personas y cómo una comunicación asertiva puede ser el pilar para lograr cambios en los comportamientos de las personas, para el cuidado de su salud.

Para la búsqueda se tomaron en cuenta la publicación de trabajos o experiencias que involucran la comunicación asertiva como herramienta principal para su ejecución. Además de buscar actividades en pacientes, también se exploró por la realización de este tipo de actividades en los profesionales de la salud y cómo se podría medir el impacto en estos. Específicamente, para pacientes con diagnóstico de hemofilia, enfermedad de von Willebrand, portadoras de hemofilia y otras deficiencias no se encontró mayor información por lo que se consideró ampliar la búsqueda bajo la pretensión que son enfermedades crónicas que por el momento no se cuenta con una curación.

A manera de conclusión se puede resaltar que, en efecto, se han llevado a cabo algunas actividades en las que se reconoce la importancia de una comunicación asertiva para acercarnos al otro de manera exitosa. Pese a que se identifica la comunicación asertiva como una herramienta esencial para el relacionamiento efectivo es poco lo que se ha trabajado en ello, por lo que se hace prioritario promover en las instituciones educativas y en las instituciones prestadoras de servicios de salud, educación para promover la comunicación asertiva tanto en los profesionales de la salud como en los pacientes y sus familias.

## 1. Introducción

Partimos de la premisa, según Jaime Llacuna de que la “asertividad como la habilidad personal que nos permite expresar sentimientos, opiniones y pensamientos, en el momento oportuno, de la forma adecuada y sin negar ni desconsiderar los derechos de los demás. Es decir, nos referimos a una forma para interactuar efectivamente en cualquier situación que permite a la persona ser directa, honesta y expresiva” (1). Podemos decir entonces que la comunicación asertiva es el camino para acercarnos al otro de manera exitosa, dado que facilita el intercambio de ideas, sentimientos, pensamientos, conocimientos y emociones, de manera bilateral.

En 1999 la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2) lo definió como una habilidad para la vida, la cual es adquirida en el transcurso de la vida y la fortaleza que se tenga para esta depende de la educación, la cultura y la sociedad en que se desarrolle la persona. Si bien es claro que la habilidad de comunicarnos se adquiere de manera inconsciente, también es cierto que la asertividad, entendida como una habilidad, se puede aprender por medio de un entrenamiento intencional.

Se entiende entonces que la asertividad no es un rasgo de la persona como lo pueden ser el color de los ojos, sino un comportamiento aprendido que es indispensable para una comunicación efectiva; es así, como contar con dicha habilidad se hace una necesidad vital y más aún cuando se cumple con una labor social como trabajadores de la salud sea desde el ámbito clínico, comunitario o administrativo, se requiere ser consciente de esta necesidad de obtener empatía en la comunicación para lograr lo que se pretende en cualquier proceso que llevemos a cabo (3).

Por lo anterior expuesto los profesionales de la salud deben comprender y aplicar las habilidades de comunicación como un componente esencial en la relación paciente-familia-entorno, que tiene como único fin un proceso educativo para el

empoderamiento del paciente y la familia(4), que permita reconocer y expresar sus necesidades, plantear sus propias estrategias para prevenir y o mejorar su estado de salud, esto como una construcción propia del individuo o del colectivo, donde el profesional en salud solo es un orientador del proceso a seguir en el objetivo del cuidado de la salud.

De esta manera, se identifica el empoderamiento del paciente como una herramienta indispensable en las dinámicas de atención en salud; más aún cuando se enfrenta a pacientes con condiciones crónicas hereditarias o adquiridas no transmisibles, como es el caso de las personas con hemofilia, portadoras de hemofilia enfermedad de Von Willebrand y otras deficiencias de factores (5), en quienes su principal riesgo de salud es el sangrado. En estos pacientes, la ausencia o disminución que tienen de uno de los factores de la coagulación hace que sangren con mayor facilidad de manera espontánea y en los casos de accidentes su sangrado no se detiene. Hasta ahora el tratamiento farmacológico disponible les suple su deficiencia de manera transitoria y que sirve como profilaxis o tratamiento en eventos de sangrado, aunque estos medicamentos son altamente onerosos lo que en ocasiones los hacen no disponibles de manera oportuna y un alto costo (6) para el consumo en salud en el país.

Por tal motivo se considera que el principal tratamiento de estos pacientes es que entiendan su enfermedad como una condición con la que deben aprender a vivir, es decir empoderándose para que tengan el control de su condición, reconozcan sus riesgos y planteen estrategias para evitarlos, adquiriendo comportamientos saludables frente a su condición de riesgo de sangrado. Este empoderamiento servirá para que el paciente disminuya o prevenga el número de sangrado prevenga complicaciones en su salud y se reduzcan los costos en salud.

Por lo anterior, es importante establecer pautas básicas para promover las habilidades de la comunicación (1) tanto del profesional como del paciente su familia y entorno social, para que no solo aprendan a expresar cuáles son sus necesidades

como profesional de la salud y el paciente pueda manifestar de lo que considera dentro de su rol que el paciente debe saber, sino también que pueda reconocer las maneras que tiene un paciente de comunicar lo que desea que le enseñen; para que en conjunto puedan elaborar un proceso educativo que lleve al paciente y su familia a un mejor calidad de vida.

## 2. Justificación

La hipótesis que se plantea es cómo la comunicación asertiva influye en el éxito de la educación para el autocuidado en pacientes con hemofilia, portadoras de hemofilia, enfermedad de Von Willebrand y otras deficiencias de factores de la coagulación; esta comunicación se enmarca entre los seis atributos o principios básicos de las actividades de comunicación de la OMS (7), donde se establece que las comunicaciones deben estar al alcance de todas las personas que requieren de que sea fácil de realizar, creíble para quien acceda a ella, pertinente de acuerdo a la necesidad del interlocutor, a tiempo y fácil de entender.

De esta manera se debe propiciar una comunicación que se acerque a la condición que como cualquier enfermedad constituye un factor estresante y repercute negativamente sobre el bienestar y la calidad de vida, tanto más cuando tiene un carácter crónico (8), donde tanto el paciente como su familia y entorno social se le exigen ciertas demandas de acoplamiento a estilos y comportamientos de vida, donde se prevenga el sangrado evitable.

Por lo tanto, se propone realizar una revisión de experiencias exitosas en educación para la salud que describir estrategias para una comunicación asertiva, que den cuenta de cuál es la manera más asertiva brindar educación para la salud que propenden por incrementar el conocimiento de la población en relación con la salud (9) y el desarrollo de habilidades y la autoestima, necesarias para adoptar comportamiento saludables que conlleven a disminuir los riesgos y potenciar las fortalezas en salud (4).

De esta manera los primeros beneficiarios serán los profesionales de salud, que podrán contar con una síntesis de la evidencia alrededor de experiencias exitosas en educación en salud, para abordar esta población; de igual manera los pacientes, sus familias y sus entornos sociales, se sentirán parte de un proceso educativo vinculante que los hace sentir sujetos de con capacidad para cuidar de sí, para estar

saludables con un situación de salud que pone condiciones pero que no limita a llevar una vida feliz y socialmente activos. El Estado y sus diferentes instancias para proveer salud a sus ciudadanos se verán altamente beneficiados, pues al incrementar el cuidado de la salud disminuye el riesgo de sangrado y por ende el consumo de factores de la coagulación que son altamente costosos (10).



## 1. Objetivos

### 4 Objetivo General

Realizar una revisión de las diferentes estrategias de comunicación asertiva usadas en la educación para la salud que permitan identificar patrones a seguir en los procesos educativos en personas con hemofilia, enfermedad de Von Willebrand y otras deficiencias de factores de la coagulación.

#### 4.1 Objetivos específicos

- Describir la importancia de la comunicación asertiva en la educación para el autocuidado en los pacientes y/o cuidador principal.
- Conocer que dicen los diferentes entes regulatorios acerca de la comunicación en asertiva y como se promueve.
- Realizar una búsqueda las estrategias de comunicación asertiva para la educación en el autocuidado de la salud en pacientes con hemofilia, enfermedad de Von Willebrand y otras deficiencias de factores de la coagulación.

### 3. Marco teórico

3.1 Hemofilia, enfermedad de Von Willebrand y otras deficiencias de factores de coagulación, condiciones crónicas de salud heredadas o adquiridas no transmisibles.

De acuerdo a la OMS una condición crónica de salud es aquella que es de larga duración y progresión lenta (11). La hemofilia, enfermedad de Von Willebrand y otras deficiencias de factores de coagulación son condiciones crónicas de salud que se heredan de la madre o el padre o que se empiezan a generar anticuerpos para sus propios factores de coagulación. Estas condiciones de salud, no solo se consideran crónicas por su permanencia e incurabilidad, sino también que se consideran huérfanas, es decir, muy pocas personas en el mundo viven con esta condición. El informe de la Federación Mundial de la Hemofilia del 2015 (12) indica que el número total de personas identificadas con trastornos de la coagulación es de 304,362. De esa cifra, 187,183 son personas identificadas con hemofilia; 74,819 son personas con enfermedad de Von Willebrand; y 42,360 son personas con otros trastornos de la coagulación.

En Colombia, por su parte, de acuerdo al informe *Situación de la hemofilia en Colombia* del 2018(14), en el 2017 se contaba con una población de 4,185 personas con algún tipo de déficit de factores de la coagulación, de los cuales 2170 tienen hemofilia, 1515 enfermedad de Von Willebrand y 287 son portadoras de hemofilia y 213 personas con otro tipo de deficiencia de factor de coagulación.

#### 3.1. 1. ¿Qué es la hemofilia y qué es ser portadora?

La hemofilia es una deficiencia congénita o adquirida de uno de los factores de la coagulación (VIII, IX o XI), siendo las más comunes la deficiencia de factor VIII conocida como hemofilia A y la deficiencia de Factor IX llamada Hemofilia B, la

deficiencia de factor XI es llamada hemofilia C muy poco común entre estas (14). Su transmisión está ligada al cromosoma X, por lo tanto se presumió durante años que son los hombres quienes padecen la enfermedad y las mujeres quienes la portadora (15).

La hemofilia presenta tres grados de severidad: leve, moderada y grave. La severidad de la hemofilia depende de la cantidad de factor de coagulación en la sangre de la persona afectada.

Cualquier persona (hombre o mujer) con 5-40 por ciento de la cantidad normal de factor de coagulación en la sangre tiene hemofilia leve.

- Una persona que tenga entre 1 y 5 por ciento de la cantidad normal de factor de coagulación en la sangre tiene hemofilia moderada.
- Una persona que tenga menos de 1 por ciento de la cantidad normal de factor de coagulación en la sangre tiene hemofilia grave.
- Una mujer que tenga menos de 40 por ciento de la cantidad normal de factor de coagulación en la sangre no se diferencia de un hombre con las mismas cantidades de factor de coagulación; esa mujer tendría hemofilia.

Algunas portadoras tienen síntomas de hemofilia a pesar de que sus cantidades de factor de coagulación son mayores al 40 por ciento. Una mujer con 40-60 por ciento de la cantidad normal de factor de coagulación que experimenta hemorragias anormales se conoce como portadora sintomática (16).

### 3.1.2 ¿Qué es la enfermedad de Von Willebrand?

La enfermedad de von Willebrand (EvW) es el más frecuente de los trastornos de la coagulación. Las personas con EvW tienen un problema con una proteína de su sangre llamada factor von Willebrand (FvW) que ayuda a controlar las hemorragias. Cuando un vaso sanguíneo se lesiona y ocurre una hemorragia, el FvW ayuda a las células de la sangre llamadas plaquetas a aglutinarse y a formar un coágulo para detener la hemorragia. Las personas con EvW no tienen suficiente FvW, o éste no

funciona adecuadamente. La sangre tarda más tiempo en coagular y la hemorragia en detenerse.

Hay tres tipos principales de EvW. Para cada uno de los tipos, el trastorno puede ser leve, moderado o severo. Tipo 1 es la forma más común, los síntomas generalmente son muy leves; el tipo 2 se caracteriza por un defecto cualitativo en la estructura del FvW. Y el tipo 3 es, por lo general, la más grave. Las personas con EvW tipo 3 tienen muy poco o no tienen FvW. Los síntomas son más graves (16).

### 3.1.3 Deficiencia de otras deficiencias de factores de coagulación

Las deficiencias de factor poco comunes son un grupo de trastornos de la coagulación hereditarios provocados por un problema con uno o varios factores de la coagulación. Los factores de la coagulación son proteínas de la sangre que controlan el sangrado. Muchos factores de la coagulación diferentes trabajan en conjunto en una serie de reacciones químicas para detener una hemorragia. A esto se le llama el proceso de coagulación.

Las deficiencias de factor poco comunes son trastornos de la coagulación en la que uno de los otros factores de la coagulación (es decir, los factores I, II, V, V + VIII, VII, X, XI, o XIII) están ausentes o no funcionan adecuadamente. Los conocimientos sobre estos trastornos son menores porque se diagnostican muy rara vez; de hecho, muchos solo se descubrieron en los últimos 40 años(19)

## 4. ¿Qué es la comunicación?

Es un proceso de interacción continua entre seres sociales (19) El poder comunicarse determina el desarrollo no solo de una persona sino de todo el círculo social en el cual se habita: Este concepto puede ser asociado a diferentes términos que contribuyen a su definición, no sin discrepancias por parte de algunos investigadores, como por ejemplo, mutualidad, reciprocidad, comunión, comunidad,

posesión de algo en común, participación, transmisión, información, expresión, codificación, accesibilidad, descodificación, similitud, trato, expansión, sociabilidad, afectividad, regulación y simpatía (20)

#### 4.1. ¿Qué es la comunicación asertiva?

La Real Academia de la Lengua define la palabra asertivo como una persona que expresa su opinión de manera firme (21). De acuerdo a esto, la comunicación asertiva es la expresión del derecho de la persona para expresar lo que siente, desea, piensa, con seguridad y tranquilidad, en el momento oportuno, de la forma adecuada y sin negar ni desconsiderar los derechos de los demás (3). Es decir, se refiere a la manera en que se interactúa efectivamente en cualquier situación que permite a la persona ser directa, honesta y expresiva, todo esto sin agredir a la otra persona, entendiendo que como seres humanos estamos para acompañarnos y apoyarnos en la vida.

Se deduce que para ser asertivos se requiere un conocimiento de si, y conocerse así mismo no es tarea fácil, implica un proceso de auto-reconocimiento, de amor propio, de autoevaluación constante, donde ese conocimiento le permite decir cuáles son los reales deseos y necesidades, reconociendo los derechos de las otras persona (22)

La asertividad entonces como una conducta que parte del autoconocimiento, para saber no solo que deseamos sino también como nos comportamos frente a ciertas situaciones, es una habilidad que se aprende día a día, en la medida que se es consciente de que el éxito de las relaciones entre las personas dependen de poder entendernos y que la asertividad es el engranaje para que la comunicación fluya de manera positiva entre los seres humanos (3).

#### 4.2. ¿Cómo ser asertivos en la comunicación? Algunas técnicas sugeridas

Como ya se ha expresado la asertividad es una manera de comportarse que se aprende y que se adapta a las diferentes circunstancias (3). A continuación se describen algunas de las técnicas que se pueden encontrar (1):

- Disco rayado: consiste en la repetición serena de palabras que expresan nuestros deseos una y otra vez, ante la inexistencia de otros por acceder a los suyos. Evita tener que poner excusas falsas y nos ayuda a persistir en nuestros objetivos.
- Banco de niebla: ayuda a aprender a responder a las críticas manipulativas de otras personas reconociendo su posibilidad o su parte de verdad.
- Aceptación negativa: enseña a aceptar nuestros errores y faltas, (sin tener que excusarnos por ellos) mediante el reconocimiento decidido y comprensivo de las críticas que nos formulan a propósito de nuestras características negativas, reales o supuestas.
- Aceptación positiva: consiste en la aceptación de la alabanza que nos den (elogios, felicitaciones, etc.), pero sin desviarnos del tema central.
- Interrogación: Uno mismo se pregunta lo que le preocupa buscando sus propias respuestas.
- Compromiso: Puede ser muy asertivo y práctico siempre que no esté en juego el respeto que nos debemos a nosotros mismos, ofrecer a la otra parte algún compromiso.
- Información gratuita: Consiste en escuchar activamente la información que nos dan los demás sin habérselas pedido nosotros y de allí partir para solicitar más datos y seguir la conversación.

#### 4.3. Comunicación para la salud:

Todo proceso o momento de comunicación lleva implícito un objetivo de comunicacional, de la misma manera la comunicación para la salud concierne un objetivo claro que pretende lograr cambios en el comportamiento de las personas que les lleven a disminuir el riesgo de enfermarse (20). En este punto es muy

importante la participación activa de todos los actores de tal manera que se establezca una asertividad que permita expresar sentimientos, opiniones y pensamientos, en el momento oportuno, de la forma adecuada y sin negar ni desconsiderar los derechos de los demás. Es decir, nos referimos a una forma para interactuar efectivamente en cualquier situación que permite a la persona ser directa, honesta y expresiva. El principio de la asertividad es el respeto profundo del yo, sólo al sentar tal respeto, podemos respetar a los demás (1).

Es así como establecemos que comunicarnos entorno a la salud podría tener dos objetivos claros, los cuales están definidos en el cómo establecemos la relación paciente y/o cuidador principal y profesional de la salud, siendo estos de tipo informativo o comunicativo.

Como lo expresa Wolton(24) informar no es comunicar, cuando informamos estamos transmitiendo un mensaje por medio de texto, imagen o auditivo, que no permite interacción, no sabemos si nuestro interlocutor logró captar el mensaje, el objetivo es informar, como cuando encontramos un aviso de lavarse las manos a la entrada de un sala de hospital, se informa como se deben lavar las manos, pero nadie supervisa la captación del mensaje y la ejecución correcta del mismo. Es así como este momento informativo se vive en muchas ocasiones en las atenciones en salud, saturamos el paciente y/o su cuidador principal de información, sin permitir una interacción, estamos en este punto informando, nos damos cuenta ¿qué tanto aprenden? ¿Se generan dudas? Y lo más importante está de acuerdo el paciente y/o su cuidador principal con las indicaciones dadas. Es probable que estas sean las razones por la cual no ejecutan las recomendaciones dadas y no se cumplen los objetivos terapéuticos.

El segundo objetivo, también de acuerdo con Wolton (23), es que nos comunicamos por diferentes razones pero la principal es para compartir, para intercambiar con los demás, para transmitir la vida, la experiencia y el conocimiento humano. Comunicar implica la interlocución, conocer el punto de vista del otro, escuchar activamente sus

pensamientos y sentimientos, lo que fortalece el vínculo en la comunicación. Por lo anterior se espera que la relación paciente y/o cuidador principal y profesional de la salud, sea una relación de comunicación de sentimientos y saberes que se fusionen para el bienestar de la salud y la prolongación de la vida con calidad.

## 5. Educar para la salud

Para llevar una vida productiva y saludable cada individuo debe poseer los conocimientos necesarios para la prevención de enfermedades (24). De esta manera se plantea que educar para la salud implica una serie de acciones planificadas que permita el conocimiento de la persona o la comunidad para construir en conjunto las mejores herramientas para cuidar de la salud de manera individual y en comunidad.

De esta forma educación como instrumento para la promoción de la salud lleva implícito un proceso de comunicación (25), el cual debe permitir una interacción bilateral entre quien enseña y quien o quienes aprenden, para que, de esta manera se promuevan y se acepten los comportamientos que conduzcan a mantener la salud y prevenir la enfermedad.

Es así como la educación para la salud es un proceso de fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo (25). Al lograr cambios en comportamientos la educación para la salud se convierte en una herramienta política y económica que impacta positivamente el progreso de una sociedad.

La educación para la salud es una herramienta de desarrollo para una población, dado que le permite tener mayor control de salud y proyectarse hacia el logro de



unos objetivos individuales y comunitarios (24). Es necesario reconocer que para lograr cambios en la salud de las personas o de las poblaciones se requieren de tres actores, el primero son los gobiernos que implementen estrategias efectivas para mejorar las condiciones de vida de su población, disminuir la pobreza, erradicar el analfabetismo, garantizar empleo digno entre otras intervenciones para impactar positivamente en los determinantes sociales; el segundo actor son los profesionales de la salud que deben comprometerse a educar con amor, con compasión, entendiendo que la educación en salud es una construcción conjunta entre el individuo o la población y son estos últimos el tercer actor en el proceso de educación para la salud, quienes deben poner de su parte para aprenden a cuidarse y cuidar de su comunidad, proponer acciones para el cambio y mantenerlas en el tiempo, porque el cuidado de la salud es un tema que nos compete a todos los actores(27)

#### 6. Comunicación asertiva para motivar el autocuidado:

Dorothea Orem (27), define el autocuidado como una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

En términos generales, los seres humanos tienen gran capacidad para adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno. Pero en el curso de la vida se pueden dar situaciones que superan esa capacidad de adaptación y es en ese momento donde se requiere la ayuda de la familia y amigos. Cuando las condiciones que se alteran son la salud se requiere además intervención por un equipo de profesionales de la salud que puedan orientar el cuidado para la recuperación de la salud o adaptación la nueva condición de salud (27).

Es en este momento donde se requiere un proceso educativo donde prima la comunicación donde el emisor es el profesional de la salud y el receptor es el paciente y/o su cuidador principal donde se deben cuidar todos los elementos de la comunicación (28), dado que no es solo el contenido del mensaje sino también el entorno y las circunstancias que acompañan el mensaje, como lo expresa, pues es indudable que la comunicación no verbal es el lenguaje predominante en la comunicación y la gestualidad del rostro es su gran protagonista. La gestualidad expresada en el rostro constituye una fuente primaria para comunicar las emociones básicas e intenciones y, por ello, juega un papel fundamental en la regulación de las interacciones sociales (29). Es importante entonces que el profesional de salud no solo comunique el mensaje con sus palabras sino también que lo sienta, que lo transmita con sus gestos la expresión de su rostro el movimiento de sus manos, que logre un real acercamiento al momento de la interacción terapéutica.

En este punto se puede hablar de la actitud del comunicador que describe Mario Kaplún (30), donde es necesario que previo a la emisión del mensaje el comunicador se interrogue previamente sobre ¿Qué quiere comunicar? ¿Cómo quiere que sea interpretado su mensaje? Y ¿A quién se lo voy a decir? Responder estas preguntas en el ámbito del ejercicio del profesional de la salud, sería un poco como qué necesita el paciente y/o su cuidador y bajo este requerimiento quiero comunicar en realidad cuál es el verdadero objetivo de esa interacción, qué necesito que el paciente se lleva a casa para cuidar de su salud, es decir que es lo que realmente quiero que el paciente entienda o aprenda. Y finalmente a quién se lo voy a decir; identificar en el paciente y/o cuidador principal, el nivel educativo, su cultura, sus creencias, sus intereses y motivaciones, ¿Cuál es mi estado ideal de salud? ¿Por qué quiero estar saludable? ¿Para qué quiero estar bien de salud? Identificar todos estos asuntos conllevará hacer mucho más asertivos en el proceso comunicativo, para motivar al cambio de conductas no saludables de manera consciente por el paciente.

Posterior a este conocimiento del paciente se debe elaborar un plan de autocuidados para la salud, estableciendo claramente las necesidades de conocimiento, recursos económicos, acompañamiento y las limitaciones o barreras que se pueden presentar para cumplir con el propósito establecido (27); por esto, es muy importante que el profesional de salud en la relación de comunicación proporcione el espacio y la confianza necesaria para conocer en qué condiciones vive, qué acompañamiento familiar tiene, cuál es la velocidad en el aprendizaje, cuáles son sus posibilidades económicas reales del paciente y/o su cuidador principal y de acuerdo a lo anterior adapte un plan para el cuidado a partir de sus medios.

#### 6.1 Comunicación asertiva en la individualidad.

Como lo menciona Bernarda Ospina (31), se requieren unas cualidades básicas del profesional de salud para esta interacción, como son: la tolerancia, el respeto, calidad humana, capacidad de escucha, empatía, entre otras, además de tener claros conocimientos técnicos necesarios para la intervención con el paciente y/o su cuidador principal, de tal manera que se pueda garantizar una efectividad en atención y se pueda lograr el objetivo propuesto.

Partiendo de estas cualidades del profesional para establecer un espacio de comunicación con su paciente, se da paso a la intervención para que el paciente pueda aprender a cuidar de sí, que pueda conocer ampliamente cuáles son los comportamientos de riesgo y por qué se consideran así, de qué manera puede ayudar a cuidarse y cuáles son esas acciones que debe tomar para cambiar, que le lleven a tener una vida saludable, entendiendo la salud como el medio para lograr todo aquello que desea alcanzar a nivel personal, familiar y social.

Educar para el cuidado no es tarea fácil. Los pacientes suelen cursar por lo que se denomina el modelo transteórico (32), el cual da cuenta de las etapas que vive una

persona para el proceso de cambio de un comportamiento no saludable. Inicialmente, el paciente no considera cambiar, en ocasiones por desconocimiento, de deseo o por falta de constancia. Posteriormente, viene la etapa llamada contemplación donde existe una consideración de cambio, pero aún no se asume un compromiso. Llega la etapa de la preparación donde la persona tiene una intención real de cambio y elabora su propio plan de modificación de comportamientos; este proceso es largo las personas suelen iniciar y volver a retroceder es un ir y venir de intentos y reversas, hasta que llega la verdadera acción de cambios mesurables y exteriorizados. La etapa de mantenimiento es donde el cambio de comportamiento empieza hacer un hábito y donde se trabaja para no volver a recaer y finalmente no tener tentaciones. Como lo evidencia el modelo, cambiar comportamientos puede tardar años; por lo tanto, es necesario hacer una intervención conforme al proceso del paciente frente a su necesidad de cambio.

Dado que no siempre es fácil hacer modificaciones a la rutina diaria y en el caso de los pacientes con condiciones crónicas de salud heredadas o adquiridas no transmisibles es más complejo el entender que deben asumir comportamientos de cuidado frente a múltiples actividades (33). Una situación frecuente en los niños con hemofilia es que desean ser futbolistas y sueñan con jugar en grandes equipos como sus ídolos. Pero claramente no es un deporte que les favorezcan dado el alto impacto que tiene sobre sus articulaciones y el riesgo de sangrado. Los niños y sus familias conocen que no está bien que jueguen futbol, pero, eso a esto es habitual que los niños consulten al hematólogo continuamente por sangrado en sus articulaciones como consecuencia. ¿Qué hacer entonces? Es importante escucharlos, permitiendo que expongan sus argumentos, que reflexione por sí mismo de los daños en sus articulaciones y las consecuencias que tienen para su vida, que exploren soluciones bajo su propio razonamiento y ayudarles también a encontrar alternativas para vivir su pasión deportiva, quizá ser un director técnico o un médico deportólogo, pero finalmente debe ser el niño quien encuentre como cambiar su comportamiento para cuidar su salud, entendiendo que su vive con una condición que puede restringir algunas actividades, pero que no limita la vida.

## 6.2. Comunicación asertiva para el autocuidado grupal

Cuando se pretende establecer un vínculo terapéutico de manera grupal es necesario definir cuál es el objetivo y cuáles serán las condiciones para participar en el grupo (31), este debe ser establecido por quien lidere el grupo, que para este fin será el profesional de la salud; debe establecer además las técnicas grupales a desarrollar durante las actividades que den orientación y una línea de base para la ejecución de la misma.

Al igual que en la relación individual es necesario que el profesional de la salud tenga los conocimientos técnicos necesarios y cuente con una enorme sensibilidad para identificar prioridades desde el ámbito individual y general del grupo (31); además debe tener la sensibilidad para leer los sentimientos, necesidades y limitaciones; para que de esta manera establezca un norte que se ira nutriendo a medida que avanzan en intervenciones, sin que se pierda el objetivo inicial, que es comunicar para generar cambios en los comportamientos no saludables del paciente.

Es en este proceso de comunicación donde se debe tener como principio que la primera regla para comunicar es escuchar, de esto nos habla Mario Kaplún (30), refiere además de los múltiples lenguajes que tienen las personas; así pues en las intervenciones grupales se debe primero escuchar y no solo desde la palabra, escuchar los gestos, los movimientos, el peinado, las manos, su vestido, sus zapatos, escuchar el espacio que rodea el proceso comunicativo y como todo esto comunica como un elemento más que se suma al mensaje que cómo profesional de la salud quiere dar a conocer.

En este espacio grupal es válido hacer uso de la comunicación como persuasión (30). Esta es el tipo de comunicación que se ven en los comerciales, directos, con un objetivo claro, con tendencia a la manipulación de su receptor. Este tiempo de comunicación se cree que es provocadora y no permite elegir libremente; pero, ¿qué

tan útil puede ser en la intervención con el paciente? Persuadir para el cuidado de la salud, es casi el objetivo de toda intervención del profesional de salud, por lo tanto, no estaría mal siempre que se establezcan reglas mínimas de respeto a las creencias y a la individualidad del paciente y su familia. Pero persuadir no es una tarea fácil para poder hacerlo se requiere conocer mucho a la audiencia y por supuesto saber cómo persuadir.

Para comunicar de manera persuasiva, se requiere conocer al otro, entender su necesidad para de esta manera “venderle” lo que demanda. Como lo refiere Mario Kaplún (30), las personas se comunican con diferentes lenguajes, aprender a leer estos lenguajes permitirá al profesional de salud orientar su mensaje de educación para la modificación de conductas de manera acertada. Esta lectura de sus pacientes, permite darle fuerza a su discurso para lograr persuadir a sus pacientes para el cuidado de su salud.

Esta comunicación que persuade, que busca convencer en grupos específicos, como es el caso de los pacientes con trastornos de coagulación, pretende unir como un grupo de personas que viven con una condición de salud específica que demanda unos cuidados y que en este proceso de aprendizaje se acompañen, que aprendan a encontrar soluciones como un aprendizaje social (34), generando mayor confianza y pertenencia al grupo que ha decidido cuidar de su salud.

## 7. La comunicación en salud una necesidad expuesta por los entes regulatorios

La Organización Mundial de la Salud –OMS- reconoce que la comunicación efectiva, integrada y coordinada es esencial para llevar a cabo el objetivo de construir un futuro mejor y más saludable para las personas en todo el mundo. Por lo tanto establece el marco estratégico para las comunicaciones eficaces (7), donde se establece que la información debe estar al alcance de todas las personas que la requieren creíble para quien acceda a ella, pertinente de acuerdo a la necesidad del interlocutor, a tiempo y fácil de entender. Esto con la sola finalidad

de poder llegar al paciente y/o su cuidador principal, conocer sus necesidades de acuerdo sus determinantes sociales, a su momento de vida y de ahí con la experiencia, el conocimiento, la empatía y el compromiso que debe identificar al profesional de salud establecer un plan de cuidados para la salud.

En esta misma línea desde 1999 la OMS en conjunto con Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia –UNICEF- trabajan para promover educación de aptitudes para la vida(36), las cuales son destrezas psicosociales que les facilitan a las personas afrontar en forma efectiva las exigencias y desafíos de la vida diaria, es decir, son destrezas psicosociales para aprender a vivir. Entre ellas se destaca la comunicación asertiva, como esa capacidad de expresarse, tanto verbal como no verbalmente, en forma apropiada a la cultura y las situaciones. Posibilita alcanzar objetivos personales de forma socialmente aceptable y pedir consejo o ayuda en momentos de necesidad que fomenten el desarrollo de la persona y la sociedad en general.

La comunicación para el desarrollo es uno de los métodos más eficaces en materia de potenciación con respecto al mejoramiento de la salud (24), dado que permite la planeación estratégica para fomentar los cambios y de comportamientos positivos y mensurables a nivel individual. De esta manera las acciones que se realizan para contribuir a la salud integral de la población; donde ellas diseñan su plan de manera consiente para el autocuidado de su salud tienden hacer más efectivos debido a que cuentan con mayor sentido de pertenencia, son acordes a la necesidad de real de la población y por lo tanto llevan a que las personas adopten comportamientos más responsables frente a su salud y por ende se genera un impacto positivo en la sociedad.

Por su parte, el Ministerio de la Protección Social de Colombia, habla de educación y comunicaciones como dos procesos y dos ámbitos de trabajo relacionado; para lo cual definen una política Nacional de comunicaciones(37), en la cual establecen los lineamientos de comunicación e información, donde se determinan las instructivas

para los comunicadores del Ministerio y de construcción de contenidos pedagógicos para la formación de los usuarios, en los derechos y deberes de la protección social.

Además de esta iniciativa, se encuentra de manera implícita la necesidad de establecer un proceso de comunicación asertivo que permita promover la educación para la salud de las personas. La Ley 1753 de 2015 (37), crea la Política de Atención Integral en Salud(39) desde esta plantean varios aspectos que son importantes en la planeación de procesos educativos en salud, como lo es la identificación de factores de riesgo de las personas en los diferentes momentos de la vida donde influyen directamente los determinantes sociales, además se plantea la necesidad de hacer una gestión del riesgo como un proceso dinámico y creativo en la construcción de soluciones a partir de un abordaje causal de los riesgos de salud en poblaciones específicas, buscando la identificación y modificación de estos, para evitar desenlaces adversos, teniendo en cuenta que muchos de los eventos de salud no ocurren al azar sino que son predecibles y modificables con el concurso de los actores de salud, otros sectores comprometidos y la comunidad. Estas intervenciones solo son posibles a través de una comunicación asertiva que permita conocer las personas y en el entorno que los rodea para de esta manera logra el objetivo de mantener la salud, evitar complicaciones y mejorar la calidad de vida.

#### 8.1. Experiencias exitosas en salud a través de la comunicación asertiva

No se encontró mucho con respecto a comunicación y estrategias educativas, dado que muchas de las publicaciones están orientadas al aspecto clínico y el efecto terapéutico de los medicamentos. Dentro de los artículos revisados y que apuntaban al objetivo de este trabajo se puede resaltar lo siguiente:

Las mujeres portadoras de hemofilia se sienten culpables y únicas responsables en el cuidado de sus hijos (39). Este estudio se hizo con madres portadoras de hemofilia que ejercían el rol de cuidadora principal, se les permitió expresarse como se sentían y contar porque no cuidaban de su salud; se considera importante este



abordaje dado que explora sentimientos y como estos pueden afectar el nivel de autocuidado de las personas, debido a que su sentido de culpabilidad y responsabilidad les llevan a anteponer sus necesidades o prioridades frente a las de sus hijos.

*Empower Me? Yes, Please, But in My Way: Different Patterns of Experiencing Empowerment in Patients with Chronic Conditions* (40). En este trabajo se resalta la importancia de la comunicación entre profesionales de la salud y los pacientes, la provisión de información de los profesionales de la salud, apoyo emocional, la escucha atenta, la confianza y la colaboración del paciente. Es muy interesante dado que proponen un nuevo modelo para detectar tipos de pacientes con un locus interno de empoderamiento y pacientes con un locus externo de empoderamiento, que difieren en la forma en que viven su experiencia de empoderamiento. Y a partir de ese planteamiento se diseñan diferentes estrategias para fomentar la sensación de poder en cada uno de estos tipos de pacientes. La importancia del empoderamiento en el campo de la atención médica refleja un cambio en el modelo de comunicación de los cuidadores y los pacientes hacia dosis más altas de colaboración mutua. Este movimiento puede justificarse en términos de consideraciones éticas, control de costos, resultados de salud y resultados no relacionados con la salud.

*Motivational techniques to improve self-care in hemophilia: the need to support autonomy in children* (41) En la hemofilia pediátrica, los cuidadores enfrentan desafíos únicos para la adherencia y el autocuidado en niños y adolescentes con hemofilia. El tratamiento de la hemofilia requiere una profilaxis adecuada y un seguimiento continuo de la condición, así como una estrategia de comportamiento clara para limitar la toma de riesgos en términos de ejercicio físico y dieta. Se ha informado que las tasas de adherencia a la medicación de los pacientes con hemofilia disminuyen durante la infancia tardía y la adolescencia. En el niño en desarrollo, pasar con seguridad del cuidado de los padres al autocuidado es uno de los mayores desafíos de la atención integral dentro de este dominio. Existe una clara

necesidad de iniciativas diseñadas para aumentar la motivación de un individuo para el tratamiento y las actividades de autocuidado.

Finalmente se encuentra una la investigación realizada sobre experiencias de vida del paciente adulto y anciano con hemofilia. Aspectos prácticos para el apoyo psicológico (42). El objetivo era proporcionar a los hematólogos y al personal de atención médica conocimientos y recursos para mejorar la comunicación y el apoyo a las personas adultas con hemofilia, y crear conciencia sobre los problemas psicosociales relacionados con la calidad de vida, la sexualidad y los aspectos asociados con el envejecimiento de la hemofilia. Crear conciencia de todo esto dará como resultado que el paciente se beneficie de las recientes mejoras en los tratamientos.

Debido a lo poco que se encontró en las condiciones de salud propuestas, se consideró ampliar la búsqueda a otras condiciones crónicas de salud, que fueran hereditarias o adquiridas no transmisibles y en las que se hubiera abordado el tema de la comunicación asertiva, entre estas cabe resaltar las siguientes intervenciones:

*Perspectivas de los niños y los padres sobre la comunicación y la toma de decisiones en la ERC pediátrica: un estudio de grupo focal* (43). El objetivo de este trabajo fue describir las perspectivas de los niños con enfermedad renal crónica (ERC) y sus padres con respecto a la comunicación y la toma de decisiones. Encontrando que los padres valoran la asociación con los médicos y consideran las implicaciones a largo plazo y la calidad de vida de la enfermedad de sus hijos. Los niños con ERC desean una mayor participación en la toma de decisiones sobre el tratamiento, pero están limitados por la vulnerabilidad, el miedo y la incertidumbre.

*Tecnologías de la información y la comunicación como herramienta educativa en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en una IPS de la ciudad de Manizales* (44). El objetivo de este estudio era evaluar el impacto de las Tecnologías de la información y la comunicación como herramienta educativa para promover

estilos de vida saludables y adherencia a la medicación, conocer la percepción de los usuarios frente a la intervención y observar el efecto sobre variables clínicas. Encontrando que el 100% de los pacientes que confirmaron la recepción de los mensajes percibieron una mejoría en su autocuidado; evidenciándose cambios en la dieta (95,16%) y mejoría en la adherencia a la medicación (59%), además de calificarse la utilidad del servicio como excelente por el 61,5% de los sujetos. Sin embargo, no se encontraron cambios estadísticamente significativos en variables clínicas y de laboratorio. Cabe resaltar esta propuesta de intervención dado que en ocasiones solo se cree que podremos tener una comunicación asertiva solo cuando se establece una interacción “face to face”, pero se puede encontrar una buena aceptación del mensaje incluso a través de estos canales de comunicación.

*Vidas en Tratamiento de la Hipertensión Arterial Sistémica y Diabetes Mellitus: sentimientos, comportamientos (45).* Este estudio concluyo entre otras cosas que los sentimientos de tristeza y ansiedad se expresan como motivos condicionantes para el descontrol de la enfermedad, que las personas se cuidan movidas por el miedo a las complicaciones, como consideraciones finales, se tiene que conocer los comportamientos y sentimientos de las personas con HAS y/o DM permite una actuación profesional más allá de la condición crónica.

*Barriers and facilitators of communication about off periods in Parkinson's disease: Qualitative analysis of patient, carepartner, and physician Interviews(47),* este estudio es interesante porque recoge la percepción de los pacientes y los médicos, frente al proceso de comunicación en la atención, donde se encontró que las barreras de comunicación identificadas incluyeron factores del nivel del paciente (por ejemplo, deterioro cognitivo, renuencia a discutir los síntomas), nivel del cuidador (por ejemplo, ausencia del cuidador) y nivel médico (por ejemplo, distracción por tecnología, falta de apreciación de la carga de los períodos de descanso).Otras barreras incluyen la naturaleza desafiante de los períodos de descanso. Se encontró además como factor positivo las características de los médicos, como la empatía, el respeto y el tiempo para escuchar, fueron los

principales facilitadores de la comunicación con respecto a los períodos de descanso. Las personas con Parkinson, cuidadores y médicos describieron el uso de varias herramientas (por ejemplo, diarios de casa, cuestionarios, videos de teléfonos móviles) para ayudar a la comunicación. Como conclusión se determinó que los médicos que atienden a personas con Parkinson pueden mejorar la comunicación a través de una práctica más centrada en el paciente, pero existe la necesidad de mejores herramientas educativas. Se necesita más investigación para identificar estrategias óptimas para la comunicación con el paciente y/o su cuidador cuando estos no están en la institución de salud.

*Efecto del seguimiento telefónico en la adherencia al tratamiento en los pacientes con falla cardíaca(48)* , en este estudio se pretendió determinar si se incrementaba la adherencia de los pacientes cuando estaban bajo seguimiento telefónico. Teniendo como resultados que el seguimiento telefónico se convierte en una intervención efectiva que promueve la motivación, la autogestión y la comunicación asertiva con el paciente, siempre y cuando se realice de manera estandarizada y a lo largo del tiempo.

Se puede concluir que no se encuentran muchos reportes del éxito de las actividades en salud, quizá porque no se hace o porque no hay un interés en estas publicaciones, dado que no están ligadas a terapias farmacéuticas; pero lo que sí es redundante en las revisiones de experiencias que se hicieron es que los pacientes y sus familias responden mejor cuando se sienten acompañados por los profesionales de salud sea de manera virtual o presencial y que esto, redundando en mayor control de su condición de salud, mejor calidad de vida e incremento en la confianza frente a los profesionales de la salud.

9. ¿Están los profesionales de la salud educados para obtener una comunicación asertiva con el paciente y/o cuidador principal?

Dentro de los compromisos fundamentales del profesional de la salud para con el paciente y su cuidador principal, están la generación de confianza y tranquilidad para que puedan expresar sus dolencias, angustias, expectativas, inquietudes, mediante una escucha activa, siendo sensibles a las necesidades de sus pacientes y/o su cuidador principal, pero: ¿qué tan formados están para hacerlo?

En una búsqueda en las principales universidades del país<sup>1</sup> que ofrecen dentro de sus pregrados medicina, enfermería y odontología, sobre asignación del curso en comunicación, se encontró que algunas universidades tienen dentro de sus asignaturas una sola materia durante toda la carrera y no se percibe que estas tengan un enfoque para el desarrollo de la asertividad en la comunicación con el paciente y/o cuidador principal. Entre tanto, se encontró en el pensum de las universidades consultadas que 11 cuentan con pregrado de enfermería pero solo 8 tienen alguna cátedra relacionada con la comunicación en salud; de estas universidades 15 cuentan con pregrado medicina y solo 7 tienen alguna cátedra en comunicación y de las 7 universidades consultadas con pregrado odontología solo 2 tienen alguna cátedra relacionada con comunicación. Lo anterior pone en evidencia que sí bien es reconocida la importancia de formar en comunicación es poco lo que se trabaja desde las universidades.

Es claro entonces que la habilidad para comunicarse asertivamente no es algo que se trabaje abundantemente en las instituciones educativas, esto podría ser por una falta de conciencia frente a su importancia y porque al parecer se le da mayor relevancia a que el estudiante adquiera conocimientos técnicos científicos para su práctica diaria, que diagnostiquen enfermedades, que curen dolencias, que sanen heridas y todas aquellas intervenciones que tendrán que hacer en su práctica diaria como profesionales de la salud.

Por lo tanto requiere que las instituciones de salud donde labora el profesional eduque sobre estos temas que realice intervenciones como humanización del

---

<sup>1</sup> Tabla 1. Pensum Universidades del País

cuidado, compasión en la atención, entre otras estrategias que lleven a sensibilizar a los profesionales de la salud para un trato asertivo con el paciente, que como se puede observar en los estudios encontrados, esto lleva a la adherencia al tratamiento, a que los pacientes tengan mayor control de su condición de salud, por ende mejor calidad de vida y satisfacción con los servicios de salud.

Estos resultados satisfactorios en los pacientes son los indicadores de buen nombre de las instituciones, un paciente que siente que mejoró su salud y que además se sintió bien atendido es un paciente que regresa y que además promociona la institución por sus buenos resultados. Todo esto se logra con profesionales asertivos en la comunicación, sensibles, que escuchan activamente, que sean compasivos, que ofrezca una asesoría amplia con el mayor conocimiento disponible y que a partir de ahí, logren establecer alianzas de cuidado con el paciente y/o cuidador principal y que finalmente acompañe todo el proceso de salud para el logro de los objetivos terapéuticos con el paciente.

Pero también debe existir la responsabilidad de las instituciones donde laboran los profesionales debido a que estos están enfrentados a laborar en lugares donde el ambiente físico pueden ser angustiante y de alto riesgo de infección; están expuestos a largas jornadas de trabajo, la sobrecarga laboral, el corto tiempo para atender al paciente, la frustración en los resultados esperados, la inestabilidad laboral, insatisfacción salarial, los que afecta en gran medida su calidad de vida(49).

Es frecuente como en las noticias los empleados de la salud se ven obligados a parar porque no les pagan su salario, porque sus condiciones laborales son injustas y porque no tienen los insumos para prestar la atención a los pacientes. Es difícil que, bajo estas circunstancias de estrés, preocupación económica y desmotivación, el profesional logre ser asertivo. Por lo anterior antes de trabajar en humanizar al profesional frente al paciente las instituciones de salud deben generar estrategias para humanizarse frente a su empleado.

Finalmente, ser asertivo en la comunicación es una habilidad que se debe trabajar en conjunto, instituciones educativas, estudiantes, instituciones de salud, profesionales, pacientes y/o cuidadores, reconocer que para comunicarse hay que darle un espacio de importancia a la otra persona.

## 10. Conclusiones

Este trabajo tienen cuatro conclusiones grandes. La primera de ellas es que la comunicación asertiva es muy valiosa en el objetivo de educar para la salud y poder para lograr impactar de manera positiva en la calidad de vida de las personas, que sí bien no es un descubrimiento nuevo, pues desde hace muchos años se viene resaltando su importancia y necesidad en las relaciones humanas cualquiera que sea el rol ejercido; pareciera que acercarnos al otro, escucharle, tocarle, mirarlo a la cara se volvió ajeno al quehacer diario. Por lo tanto, es necesario volver a lo esencial en el momento de la interacción con el otro, estar atento y mirar la persona que habla entendiendo que la comunicación es una acción bidireccional que implica siempre una acción.

La segunda conclusión es que el Estado debe realizar estrategias que lleven a mejorar la comunicación entre el profesional de salud y el paciente y/o su cuidador principal, debido a que esto podría llevar a incrementar la adherencia al tratamiento farmacológico y a los cuidados en salud, influir en comportamientos de riesgo de las personas y todo redundaría en mejores resultados de salud en la población desde el punto de vista social y económico.

Como tercera conclusión, se hace necesario que las instituciones educativas trabajen por modificar su plan de estudios para incluir el curso de comunicación asertiva, habilidades sociales para que de esta manera sus profesionales puedan tener elementos para una interacción acertada con el paciente y/o su cuidador principal. Es necesario además que las instituciones de salud, garanticen condiciones laborales a sus profesionales de salud, que desarrollen estrategias para que les ayuden a disminuir el estrés y fatiga laboral y que además fomenten las condiciones necesarias para que sus pacientes y/o cuidadores principales y sus profesionales de la salud gocen de una comunicación asertiva que lleven al logro de los objetivos terapéuticos planteados brindando no solo excelentes resultados en salud, sino también gran satisfacción en sus pacientes y/o cuidadores principales.



La cuarta conclusión es que se requiere educar a los pacientes y/o cuidadores principales para que puedan expresarse frente al profesional de salud, que él pueda por si solo identificar sus comportamientos o hábitos saludables, y estrategias desde su posición para modificarlos, además de educar en esto considero que es importante hacer un llamado al amor propio para el empoderamiento de su autocuidado.

En el caso de los pacientes con condiciones crónicas hereditarias o adquiridas no transmisibles como la hemofilia, enfermedad de von Willebrand, portadoras de hemofilia y otras deficiencias, se requiere empoderar para que sean responsables con el cuidado de sí; que vean la salud como el requisito principal para su desarrollo en la vida y que puedan desarrollar sus habilidades sociales como personas con unas condiciones de salud específicas, pero que no mutilan frente al deseo propio de satisfacción personal.

Y finalmente es necesario que se documenten las intervenciones de comunicación asertiva que se realicen con los pacientes como una manera de dar una guía a otros en el proceso de educar a los pacientes con condiciones crónicas que los lleven a tener mayor control de su salud y por ende mejor calidad de vida

Tabla 1. Pensum Universidades del país

Nº	UNIVERSIDAD	PREGRADO	CURSO	NOMBRE /LINK
1	Universidad Nacional (Bogotá)	Medicina	Sí	Comunicación científica <a href="http://programasacademicos.unal.edu.co/?pt=3">http://programasacademicos.unal.edu.co/?pt=3</a>
		Enfermería	No	<a href="http://enfermeria.bogota.unal.edu.co/menu-principal/programas/enfermeria/informacion-sobre-el-programa/">http://enfermeria.bogota.unal.edu.co/menu-principal/programas/enfermeria/informacion-sobre-el-programa/</a>
		Odontología	No	<a href="http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/pregrado/Malla_Curricular_Acuerdo_40A.pdf">http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/pregrado/Malla_Curricular_Acuerdo_40A.pdf</a>
2	Universidad de Antioquia (Medellín)	Medicina	Sí	Comunicación I – II <a href="http://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/estudiar-udea/quiero-estudiar-udea/pregrado/oferta-medellin">http://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/estudiar-udea/quiero-estudiar-udea/pregrado/oferta-medellin</a>
		Enfermería	Sí	Cultura y lenguaje <a href="http://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/estudiar-udea/quiero-estudiar-udea/pregrado/oferta-medellin">http://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/estudiar-udea/quiero-estudiar-udea/pregrado/oferta-medellin</a>
		Odontología	Sí	Lenguaje y comunicación <a href="http://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/estudiar-udea/quiero-estudiar-udea/pregrado/oferta-medellin">http://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/estudiar-udea/quiero-estudiar-udea/pregrado/oferta-medellin</a>
3	Universidad del Valle (Cali)	Medicina	No	<a href="http://uvsalud.univalle.edu.co/pdf/Medicina/estructura_curricular_res023_070.pdf">http://uvsalud.univalle.edu.co/pdf/Medicina/estructura_curricular_res023_070.pdf</a>
		Enfermería	No	<a href="http://uvsalud.univalle.edu.co/escuelas/enfermeria/Programa/Pregrado/18_estructuracurricular2.pdf">http://uvsalud.univalle.edu.co/escuelas/enfermeria/Programa/Pregrado/18_estructuracurricular2.pdf</a>
		Odontología	No	<a href="http://uvsalud.univalle.edu.co/pdf/estructura_pao_res_096_de_2010.pdf">http://uvsalud.univalle.edu.co/pdf/estructura_pao_res_096_de_2010.pdf</a>

4	Universidad de los Andes (Bogotá)	Medicina	SI	Habilidades de comunicación <a href="https://medicina.uniandes.edu.co/programas/pregrado/plan-de-estudios">https://medicina.uniandes.edu.co/programas/pregrado/plan-de-estudios</a>
		Enfermería	No	No aplica
		Odontología	No	No aplica
5	Universidad Javeriana (Bogotá)	Medicina	No	<a href="https://www.javeriana.edu.co/documentos/154364/0/Carrera+de+Medicina+Plan+de+estudios/392614b4-7ef8-4480-8292-ec02276035fc">https://www.javeriana.edu.co/documentos/154364/0/Carrera+de+Medicina+Plan+de+estudios/392614b4-7ef8-4480-8292-ec02276035fc</a>
		Enfermería	Si	Comunicación terapéutica <a href="https://www.javeriana.edu.co/documentos/153855/0/Nuevo+Plan+de+Estudios+Enfermer%C3%ADa/571db07c-d145-4270-9c30-a8d1b41fc47d">https://www.javeriana.edu.co/documentos/153855/0/Nuevo+Plan+de+Estudios+Enfermer%C3%ADa/571db07c-d145-4270-9c30-a8d1b41fc47d</a>
		Odontología	No	<a href="https://www.javeriana.edu.co/documentos/154458/0/PLAN+DE+ESTUDIOS+CARRERA+ODONTOLOG%C3%8DA/e0d63f25-47a3-4647-8e05-f75e179e0e55">https://www.javeriana.edu.co/documentos/154458/0/PLAN+DE+ESTUDIOS+CARRERA+ODONTOLOG%C3%8DA/e0d63f25-47a3-4647-8e05-f75e179e0e55</a>
6	Universidad Industrial de Santander (Bucaramanga)	Medicina	Si	Taller de lenguaje - Comunicación científica <a href="https://www.uis.edu.co/webUIS/es/academia/facultades/salud/escuelas/medicina/programasAcademicos/medicina/index.jsp?variable=52">https://www.uis.edu.co/webUIS/es/academia/facultades/salud/escuelas/medicina/programasAcademicos/medicina/index.jsp?variable=52</a>
		Enfermería	Sí	Taller de lenguaje <a href="https://www.uis.edu.co/webUIS/es/academia/facultades/salud/escuelas/enfermeria/programasAcademicos/enfermeria/planEstudios.html">https://www.uis.edu.co/webUIS/es/academia/facultades/salud/escuelas/enfermeria/programasAcademicos/enfermeria/planEstudios.html</a>
		Odontología	No	No aplica
7	Universidad del Norte (Barranquilla)	Medicina	No	<a href="https://www.uninorte.edu.co/web/medicina/plan-de-estudios">https://www.uninorte.edu.co/web/medicina/plan-de-estudios</a>
		Enfermería	Sí	Competencias comunicativas I – II <a href="https://www.uninorte.edu.co/web/enfermeria/plan-de-estudios">https://www.uninorte.edu.co/web/enfermeria/plan-de-estudios</a>

		Odontología	Sí	Competencias comunicativas I <a href="https://www.uninorte.edu.co/web/odontologia/plan-de-estudio">https://www.uninorte.edu.co/web/odontologia/plan-de-estudio</a>
8	Universidad Pontificia Bolivariana (Medellín)	Medicina	Sí	Lenguaje y cultura <a href="https://www.upb.edu.co/es/pregrados/medicina-medellin">https://www.upb.edu.co/es/pregrados/medicina-medellin</a>
		Enfermería	Sí	Lengua y cultura <a href="https://www.upb.edu.co/es/pregrados/enfermeria-medellin">https://www.upb.edu.co/es/pregrados/enfermeria-medellin</a>
		Odontología	No	No aplica
9	Universidad de Caldas (Manizales)	Medicina	NO	<a href="http://acad.ucaldas.edu.co/gestionacademica/planestudios/pensumver.asp?cod_carrera=052">http://acad.ucaldas.edu.co/gestionacademica/planestudios/pensumver.asp?cod_carrera=052</a>
		Enfermería	No	<a href="http://acad.ucaldas.edu.co/gestionacademica/planestudios/pensumver.asp?cod=414&amp;cod_carrera=024">http://acad.ucaldas.edu.co/gestionacademica/planestudios/pensumver.asp?cod=414&amp;cod_carrera=024</a>
		Odontología	No	No aplica
10	Universidad Tecnológica de Pereira (Pereira)	Medicina	No	<a href="https://salud.utp.edu.co/medicina/ficha_tecnica/plan/12">https://salud.utp.edu.co/medicina/ficha_tecnica/plan/12</a>
		Enfermería	No	No aplica
		Odontología	No	No aplica
11	Universidad de Cartagena (Cartagena)	Medicina	Si	Humanidades <a href="http://medicina.unicartagena.edu.co/programas-academicos/medicina/plan-de-estudios">http://medicina.unicartagena.edu.co/programas-academicos/medicina/plan-de-estudios</a>
		Enfermería	Si	Expresión oral y escrita <a href="http://enfermeria.unicartagena.edu.co/programas-academicos/enfermeria/plan-de-estudios">http://enfermeria.unicartagena.edu.co/programas-academicos/enfermeria/plan-de-estudios</a>
		Odontología	NO	<a href="http://odontologia.unicartagena.edu.co/programas-academicos/odontologia/plan-de-estudio">http://odontologia.unicartagena.edu.co/programas-academicos/odontologia/plan-de-estudio</a>

12	Universidad del Rosario (Bogotá)	Medicina	No	<a href="https://www.urosario.edu.co/Programa-de-Medicina/inicio/">https://www.urosario.edu.co/Programa-de-Medicina/inicio/</a>
		Enfermería	No	No aplica
		Odontología	No	No aplica
13	Universidad pedagógica y tecnológica de Colombia (Tunja)	Medicina	Si	Competencias comunicativas <a href="http://www.uptc.edu.co/facultades/f_saulud/pregrado/medicina/inf_general/">http://www.uptc.edu.co/facultades/f_saulud/pregrado/medicina/inf_general/</a>

## 11. Referencias bibliográficas

1. Jaume Llacuna Morera, Laura Pujol Franco. La Conducta Asertiva Como Habilidad Social. Minist Trab Asun Soc Esp. 2004;5.
2. Health WHOD of M. Life skills education for children and adolescents in schools. Pt. 1, Introduction to life skills for psychosocial competence. Pt. 2, Guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programmes. 1994 [citado 21 de junio de 2019]; Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63552>
3. Manrique VEC. Asertividad: definiciones y dimensiones. Estud Psicol. 1983;(13):52-62.
4. Organización Mundial de la Salud OMS. Promoción de la Salud Glosario [Internet]. 1998 [citado 21 de junio de 2019]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf;jsessionid=73985E7F0E1D59BFAC6FF1B63AE6B76A?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=73985E7F0E1D59BFAC6FF1B63AE6B76A?sequence=1)
5. Federación Mundial de Hemofilia. Guías para el tratamiento de la hemofilia - World Federation of Hemophilia [Internet]. [citado 11 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.wfh.org/es/resources/guias-para-el-tratamiento-de-la-hemofilia>
6. Carlos-Rivera et al. - Impacto Económico de la Hemofilia tipo A y B en Mé.pdf [Internet]. [citado 21 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2016/gm161d.pdf>
7. Organización Mundial de la Salud OMS. Marco estratégico de la OMS para las comunicaciones eficaces [Internet]. 2017 [citado 21 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/about/what-we-do/strategic-communications-framework/es/>
8. Pedro I de, Isabel A. Afrontamiento y mejora de la calidad de vida en afectados de hemofilia. Psychosoc Interv [Internet]. 2002 [citado 21 de junio de 2019];11(3). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=179818139006>
9. La Ruta de la educacion y la comunicacion para la salud. [Internet]. [citado 21 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/ruta-educacion-y-comunicacion-para-la-salud-orientaciones-2014.pdf>
10. Promoción de la Salud Glosario [Internet]. [citado 21 de junio de 2019]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf;jsessionid=73985E7F0E1D59BFAC6FF1B63AE6B76A?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=73985E7F0E1D59BFAC6FF1B63AE6B76A?sequence=1)
11. Rodriguez-Merchan EC. The cost of hemophilia treatment: the importance of minimizing it without detriment to its quality. Expert Rev Hematol. 22 de enero de 2020;1-6.
12. Organización Mundial de la Salud OMS. Enfermedades crónicas [Internet]. WHO. [citado 10 de febrero de 2020]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)
13. Federación Mundial de Hemofilia. Ya está disponible el Informe del Sondeo mundial anual 2015 de la FMH - Hemophilia World [Internet]. [citado 21 de junio de 2019]. Disponible en:

<https://news.wfh.org/es/ya-esta-disponible-el-informe-del-sondeo-mundial-anual-2015-de-la-fmh/>

14. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Cuenta de Alto Costo -CAC-. Situación de Hemofilia en Colombia 2018 [Internet]. Bogotá, Colombia: CAC; 2019 [citado 23 de julio de 2019]. 244 p. Disponible en: [https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/Situacion\\_Hemofilia\\_2018.pdf](https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/Situacion_Hemofilia_2018.pdf)
15. Federación Mundial de Hemofilia. ¿Qué es la hemofilia? [Internet]. 21012 [citado 21 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.wfh.org/es/page.aspx?pid=932>
16. Federación Mundial de Hemofilia. Portadoras: Definiciones y terminología - World Federation of Hemophilia [Internet]. [citado 21 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.wfh.org/es/abd/carriers/portadoras-definiciones-y-terminologia>
17. Federación Mundial de Hemofilia. Portadoras y mujeres con hemofilia [Internet]. [citado 21 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.wfh.org/es/abd/carriers/portadoras-y-mujeres-con-hemofilia>
18. Federación Mundial de Hemofilia. ¿Qué es la enfermedad de von Willebrand (EvW)? [Internet]. [citado 21 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.wfh.org/es/page.aspx?pid=966>
19. Federación Mundial de Hemofilia. ¿QUÉ SON LAS DEFICIENCIAS POCO COMUNES DE FACTORES DE LA COAGULACIÓN? [Internet]. 2010 [citado 21 de junio de 2019]. Disponible en: <http://www1.wfh.org/publication/files/pdf-1338.pdf>
20. Garcia MR. La comunicación como base para la interacción social. Aportaciones de la comunicología al estudio de la ciudad, la identidad y la inmigración. :19.
21. Lizancos FM, Molina FJC. Competencia personal y social. Las habilidades sociales. Metas Enferm. 2018;21(4):10.
22. ASALE R-. Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 7 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://dle.rae.es/>
23. María Alberta García Jiménez, Araceli Monroy Rojas, Elsy Elizabeth Verde Flota. La asertividad, habilidad de la enfermera dinámica. 2005. Enero-Agosto;13:67-70.
24. Dominique, Wolton. Informar no es comunicar. Contra la ideología tecnológica [Internet]. 1.<sup>a</sup> ed. Barcelona, España: Gedisa, S.A; 2010 [citado 5 de enero de 2020]. 161 p. Disponible en: <https://teoriascomunicacion2.files.wordpress.com/2012/01/wolton-informar-no-es-comunicar-parte-i.pdf>
25. Informar no es comunicar. Contra la ideología tecnológica [Internet]. [citado 5 de enero de 2020]. Disponible en: <https://teoriascomunicacion2.files.wordpress.com/2012/01/wolton-informar-no-es-comunicar-parte-i.pdf>

26. Educación para la salud y el bienestar [Internet]. La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.UNESCO. 2015 [citado 15 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://es.unesco.org/themes/educacion-salud-y-bienestar>
27. Choque, Larrauri R. Comunicación y Educación para la Promoción de la Salud. [Lima, Perú]; 2005.
28. Prado Solar LA, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev Médica Electrónica. diciembre de 2014;36(6):835-45.
29. Elementos de la Comunicación. [Internet]. [citado 22 de junio de 2019]. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/empleo/recursos/material\\_didactico/especialidades/materi\\_aldidactico\\_habilidades\\_comerciales/descarga/m3\\_01.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/empleo/recursos/material_didactico/especialidades/materi_aldidactico_habilidades_comerciales/descarga/m3_01.pdf)
30. Rodríguez Ceberio ME, Rodríguez SE. Reglas sociales que condicionan la espontaneidad de las emociones en la expresión facial. Saludiciencia Impresa. 2018;167-9.
31. Kaplún M. Una pedagogía de la comunicación el comunicador popular. La Habana: Editorial Caminos; 2002.
32. González BEO de. Técnicas de comunicación terapéutica. Editorial Universidad de Antioquia; 1999. 86 p.
33. A GAC. El modelo transteórico del comportamiento en salud. Rev Fac Nac Salud Pública. 2000;18(2):129-38.
34. Federación Mundial de Hemofilia. 10 PRINCIPIOS BÁSICOS EN EL CUIDADO Y TRATAMIENTO DE LA HEMOFILIA [Internet]. Fedhemo. 2015 [citado 24 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://fedhemo.com/10-principios-basicos-en-el-cuidado-y-tratamiento-de-la-hemofilia/>
35. Bandura A, Rivièrè Á. Teoría del Aprendizaje Social [Internet]. Espasa Calpe; 1982 [citado 18 de enero de 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=184893>
36. Fondo de las Naciones Unidad para la Infancia –UNICEF-. Introduction | Aptitudes para la vida [Internet]. UNICEF. [citado 16 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.unicef.org/spanish/lifeskills/>
37. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Comunicaciones para el Sector de la Protección Social. [Internet]. <https://www.minsalud.gov.co>. [citado 15 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Comunicaciones.pdf>
38. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1753 de 20015. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país” [Internet]. 2015 [citado 17 de enero de 2020]. Disponible en: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1753\\_2015\\_pr001.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1753_2015_pr001.html)



39. Ministerio de la Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. «Hacia un nuevo modelo de atención integral en salud» [Internet]. 2019 [citado 10 de marzo de 2020]. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Pol%C3%ADtica%20de%20Atenci%C3%B3n%20Integral%20en%20Salud.pdf>
40. Estrada LR. Salud y autocuidado en madres de niños con hemofilia: estudio de casos. *Rev Costarric Psicol.* 2011;30(45-46):1-16.
41. Suárez Vázquez A, Del Río Lanza AB, Suárez Álvarez L, Vázquez Casielles R. Empower Me? Yes, Please, But in My Way: Different Patterns of Experiencing Empowerment in Patients with Chronic Conditions. *Health Commun.* 2017;32(7):910-5.
42. Bérubé S, Mouillard F, Amesse C, Sultan S. Motivational techniques to improve self-care in hemophilia: the need to support autonomy in children. *BMC Pediatr.* 11 de enero de 2016;16(1):4.
43. Torres-Ortuño A, Cid-Sabatel R, Barbero J, García-Dasí M. Life experience of the adult and ageing patient with haemophilia. Practical aspects for psychological support. *Vox Sang.* mayo de 2017;112(4):301-9.
44. Gutman T, Hanson CS, Bernays S, Craig JC, Sinha A, Dart A, et al. Child and Parental Perspectives on Communication and Decision Making in Pediatric CKD: A Focus Group Study. *Am J Kidney Dis.* 2018;547-59.
45. Molina-de Salazar DI, Botero-Baena SM, Esparza-Albornoz AS, Barrera C, Morales N, Holguin MC, et al. Information and communication technologies as an educational tool in patients with non communicable chronic diseases in an outpatient health institution of Manizales. *Medicas UIS.* agosto de 2016;29(2):59-70.
46. Pereira NPA, Lanza FM, Viegas SM da F. Living under treatment for Systemic Hypertension and Diabetes Mellitus: Feelings and behaviors. *Rev Bras Enferm.* 2019;102-10.
47. Armstrong MJ, Rastgardani T, Gagliardi AR, Marras C. Barriers and facilitators of communication about off periods in Parkinson's disease: Qualitative analysis of patient, carepartner, and physician Interviews. *PloS One.* 2019;14(4):e0215384.
48. Saldaña DMA, Aponte LF, Rodríguez JG, Buitrago NR. Efecto del seguimiento telefónico en la adherencia al tratamiento en los pacientes con falla cardíaca. *Enferm Glob Rev Electrónica Trimest Enferm.* 2018;17(3):406-20.
49. Rodríguez Marín, J. Calidad de vida laboral en profesionales de la salud. 30 octubre 2010. 2010;25(6):318-20.