



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid



Curso 2020-2021
Trabajo de Fin de Grado

**COMUNICACIÓN ENFERMERA:
UNA HERRAMIENTA DEL CUIDADO**

Alumno: Alberto Juárez Rodríguez

Tutora: Rebeca Puentes Gutiérrez

RESUMEN

Introducción: En la actualidad tecnológica en la que vivimos, la comunicación ha desarrollado múltiples variantes, sin embargo, la comunicación enfermera es esencial que se sustente en una interacción presencial. El fin de este trabajo es reunir las técnicas comunicativas más efectivas para lograr el cuidado empático que desde F. Nightingale hasta las teóricas del siglo XX consideraban una herramienta fundamental en la profesión y que puede haberse visto mermado por el avance científico y ciertas barreras ocasionadas por el COVID – 19.

Metodología: Se ha realizado una revisión bibliográfica narrativa de material en inglés, español y portugués publicado de 2015 en adelante. El período de estudio se llevó a cabo desde octubre de 2020 hasta enero de 2021 y se usaron las bases de datos Pubmed y Scopus, la biblioteca electrónica Scielo y el buscador Google Scholar.

Resultados: La búsqueda metodológica dio como resultado 857 documentos, de los cuales se seleccionaron 21. Se encontró material relacionado con el abordaje del paciente y las mejores técnicas verbales y no verbales, así como posibles alternativas menos convencionales. Del mismo modo se seleccionaron artículos de la comunicación durante la pandemia, de afrontamiento de la muerte y con pacientes oncológicos y críticos ventilados.

Conclusiones: El prestigio conseguido por las enfermeras debe incrementarse a través de la mejora en la comunicación con sus pacientes. Desarrollar empatía, una correcta adaptación de la profesional y la combinación de técnicas verbales y no verbales son las claves de la relación terapéutica. Con el tiempo surgirán barreras como el COVID – 19, ante las que hay que reinventarse y ser honesto y empático con los pacientes para disminuir al máximo su vulnerabilidad. La música y el humor son elementos distintos que pueden implementarse de forma efectiva en la comunicación.

Palabras clave: Comunicación, Enfermería, Pacientes, Relaciones interpersonales, Coronavirus.

ABSTRACT

Introduction: In today's technological era, there are various methods of communication. However, within nursing, face to face communication remains essential. The purpose of this work is to bring together the most effective communication techniques, which theorists from F. Nightingale to those in the 20th century have considered as fundamental to achieving empathic care within the nursing profession. Techniques which may have been devalued by COVID – 19, in addition to rapidly advancing technologies.

Methodology: A narrative literature review of material in English, Spanish and Portuguese, published from 2015 onwards has been carried out. The literature search was conducted between October 2020 and January 2021, using the Pubmed and Scopus databases, the Scielo electronic library and the Google Scholar search engine.

Results: The methodological search resulted in 857 documents, of which 21 were selected. Themes included the patient – focussed approach, the most effective verbal and non-verbal communication techniques, and less conventional, alternative communication strategies. In addition, articles reporting on communication during COVID – 19, coping with death and with ventilated oncological and critically ill patients were selected.

Conclusions: To further enhance the reputation of the nursing profession, nurses must improve their interpersonal communication. Of primary importance, is the empathy and the professional's ability to adapt their communication style, utilising both verbal and non – verbal techniques, to establish a therapeutic relationship with patients. In future, further barriers such as COVID – 19 may require professionals to adapt to new situations, whilst ensuring they continue to practice with integrity, and empathy towards those who are at their most vulnerable. Music and humour have been found to be effective tools which may be incorporated into communication styles.

Keywords: Communication, Nursing, Patients, Interpersonal relations, Coronavirus.

ÍNDICE

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUCCIÓN | 1 |
| | CONTEXTO ACTUAL | 1 |
| | CONTEXTO HISTÓRICO – TEÓRICO | 2 |
| | JUSTIFICACIÓN | 5 |
| 2 | OBJETIVOS | 7 |
| 3 | METODOLOGÍA | 8 |
| | DISEÑO..... | 8 |
| | PLANTEAMIENTO | 8 |
| | ESTRATEGIA..... | 8 |
| | CRITERIOS DE SELECCIÓN..... | 9 |
| 4 | RESULTADOS | 10 |
| | ELEMENTOS CLAVE DE LA COMUNICACIÓN..... | 11 |
| | COMUNICACIÓN SEGÚN EL ESTADO DE ÁNIMO DEL PACIENTE..... | 13 |
| | COMUNICACIÓN ENFERMERA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID – 19..... | 15 |
| | COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE ONCOLÓGICO | 17 |
| | COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE CRÍTICO DE UCI | 19 |
| | COMUNICACIÓN FRENTE A LA MUERTE | 20 |
| | ALTERNATIVAS EN LA COMUNICACIÓN | 22 |
| 5 | DISCUSIÓN | 24 |
| | LIMITACIONES | 25 |
| | FORTALEZAS..... | 25 |
| | REFLEXIÓN SOBRE LA IMPLICACIÓN EN LA PRÁCTICA..... | 26 |
| | PROPUESTA PARA LÍNEAS FUTURAS..... | 26 |
| 6 | CONCLUSIONES | 27 |
| 7 | BIBLIOGRAFÍA | 28 |
| 8 | ANEXOS | 31 |
| | ANEXO I: TABLA DE RESULTADOS | 31 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|----------------------------------|----|
| Figura 1: Diagrama de flujo..... | 10 |
|----------------------------------|----|

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|-------------------------------------|----|
| Tabla 1: Material seleccionado..... | 31 |
|-------------------------------------|----|

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

| | |
|-----|-------------------------------|
| UCI | Unidad de cuidados intensivos |
|-----|-------------------------------|

1 INTRODUCCIÓN

Contexto actual

La comunicación es el proceso en el que un emisor transmite un mensaje con un código determinado a un receptor a través de un canal, normalmente el emisor busca retroalimentación y en el desarrollo pueden influir elementos como el ruido y el contexto. En la actualidad, la era de las tecnologías, este proceso se ha visto aumentado de miles de maneras distintas gracias a los teléfonos móviles de última generación, las aplicaciones como Skype o WhatsApp, la gran variedad de consolas y muchos otros dispositivos. Sin embargo, la comunicación de la enfermera se produce en persona, y aunque estas tecnologías han ayudado en gran medida durante la pandemia de COVID – 19, en ningún caso sustituyen a las habilidades y técnicas de la enfermera para lograr una buena relación terapéutica.

Partiendo de la base de que la enfermera y el paciente son desconocidos el uno para el otro, es entendible que cuanto más confianza se cree entre ellos, mejor resultará la atención y cuidado otorgados por la primera y el aprendizaje adquirido del segundo. Los centros sanitarios de alguna forma u otra vuelven vulnerable al enfermo, por lo tanto, si el profesional consigue tener y demostrar empatía, podrá comprender la situación que está viviendo y será capaz de proporcionarle un cuidado destinado a aportar confort y seguridad a la hora de cuestionar dudas sobre su enfermedad y tratamiento, al mismo tiempo que establece las bases para una relación recíproca.

En esta relación los integrantes deben tener claro su rol establecido de paciente y enfermera porque de lo contrario puede evolucionar en un proceso no deseado y perjudicial donde no haya respeto y se olvide el objetivo de bienestar recíproco y aumento de calidad de vida del paciente. En especial el profesional sanitario tiene que conocer la variedad de interacciones que se pueden dar y saber cuáles son las más adecuadas para la consecución de esas metas.

En la enfermería, el emisor y el receptor pueden ser tanto la profesional como el paciente, pero siempre se busca la retroalimentación en forma de respuesta.

Mediante la voz, el canal, normalmente se transmite un mensaje que puede tratar desde consejos de salud hasta dudas del tratamiento, incluyendo cualquier tema de conversación que aumente la afinidad. El código usado puede ser la comunicación verbal, las palabras y el cómo se dicen, y la comunicación no verbal, todo lo que no se expresa con las palabras. En este caso influyen la educación y cultura de ambos, el contexto del paciente: su problema de salud, su estado de ánimo; el contexto de la enfermera: experiencia, vocación, habilidad social; y el ruido, que es todo lo que puede interferir, como por ejemplo habitaciones con tres pacientes y sus familiares, falta de tiempo o atención, urgencias, etc.

Uno de estos elementos que ha interferido en la comunicación tomando especial relevancia en el último año ha sido el COVID – 19. El aislamiento, la distancia de seguridad, las mascarillas y los equipos de protección han supuesto barreras físicas muy difíciles de sobrepasar y la situación ha creado otras barreras de tipo psicológico facilitadas por el estrés, la ansiedad, las condiciones deficientes en el trabajo, la inseguridad hacia un virus sobre el que se tiene muy poca información y la carga que supone ver morir a tantos pacientes, muchos de ellos jóvenes, un día tras otro.

Contexto histórico – teórico

Las enfermeras desde sus orígenes han proporcionado asistencia a los enfermos durante el desarrollo completo de su recuperación, atendiendo todas las necesidades que aparecen y controlando la evolución. Constituyen como miembros activos el equipo interdisciplinar formado en la sanidad y en el que ninguno es más importante que otro, con la única diferencia de las responsabilidades y funciones adjudicadas.

La enfermera es la encargada del cuidado de los pacientes, como dijo Florence Nightingale en 1893, y para lograr un cuidado integral, individualizado y efectivo es necesario llevarlo a cabo las 24 horas del día. Según ella, uno de los objetivos de la profesión era “lograr a través de los ojos lo que no somos capaces de transmitir a las mentes de los ciudadanos a través de sus oídos insensibles a las

palabras”.¹

A lo largo del siglo XX, diversas enfermeras elaboraron sus propias teorías. En 1952 Hildegard E. Peplau publicó su “Teoría de las relaciones interpersonales” en la que planteaba la relación entre enfermería y paciente con un objetivo terapéutico a través de cuatro fases que obligaban a este último a elaborar una respuesta. En la fase de orientación el paciente busca atención profesional y la enfermera muestra su objetivo en el proceso del cuidado, mientras que en la fase identificativa se refuerza el afrontamiento del problema de salud. La tercera fase tiene como fin lograr el máximo beneficio producto de la relación establecida, es la llamada explotación. Por último, la resolución o terminación se caracteriza por la búsqueda de la enfermera de la independencia y organización del paciente. En esta teoría Peplau también exponía los roles que debe adoptar el personal de enfermería para fomentar una relación terapéutica beneficiosa que logre las metas planteadas, proporcione el mayor aprendizaje al paciente y un proceso de madurez en su persona que le permita resolver sus problemáticas personales.
2,3,4,5.

En la década de 1960 Imogene King hizo su aportación a la relación terapéutica de la enfermería con la “Teoría del logro de metas”, basada en el intercambio comunicativo y dinámico entre ambas partes, planteando objetivos y formas de lograrlos. La percepción obtiene importancia en su teoría al considerarla pilar fundamental de las relaciones humanas. En ella mencionaba la interacción entre los sistemas sociales, personales e interpersonales, considerando a la enfermera parte del entorno del paciente, como medio en la atención de su necesidad de ser informado, de recibir cuidados preventivos y cuidados cuando no es autónomo, abogando en consecuencia por el mantenimiento de su salud y el desempeño de sus funciones sociales.^{3,4.}

En esta misma década, en 1961, Ida Jean Orlando elaboró la “Teoría del proceso de enfermería deliberativa”. Su principal objetivo era el contacto inmediato con el paciente, es decir, atención y resolución del problema de salud al instante, obteniendo así una relación recíproca mediante la disminución de su ansiedad. Incluía los términos comunicación verbal y comunicación no verbal como elementos clave en el denominado proceso de enfermería, donde era

imprescindible que participase el propio paciente para poder llevar a cabo todas aquellas actividades favorables en la atención rápida de sus necesidades. ^{2,3}.

Entre los años sesenta y setenta Joyce Travelbee se sumó a la corriente de estudio de este campo que, si bien su análisis se centraba en el ámbito psiquiátrico, al plantear el propósito de la enfermería como el entendimiento del contexto del paciente y las complicaciones experimentadas por él mismo y su entorno para favorecer una relación terapéutica de ayuda, se convertía en un modelo a seguir por la profesión a lo largo de sus cinco fases. Esta teoría, la de “Relación persona a persona” proponía dos ejemplos de abordaje de los cuidados enfermeros: subjetivo científico e inter – subjetivo, e implementaba como mayor novedad el concepto empatía en la descripción de una relación ideal y temporal construida de forma dinámica y que supone cambios para los dos implicados al requerir introspección y comprensión. ^{2,3,4,5}.

Las cuatro mujeres autoras de estas teorías dieron además una definición ³ de la enfermería, y todas coincidían en que era bien un proceso de relación o bien una interacción con el paciente, siempre con el objetivo final de cuidarle. Es en estas definiciones, en las teorías que las incluyen y en los objetivos de Florence Nightingale, donde se puede ver un denominador común claro: la comunicación. Tanto si es planteada como un medio para lograr la efectividad del binomio enfermera - paciente, como si se considera objetivo principal del mismo, es el concepto más importante de sus análisis.

En los años 90 Janice Morse iba un paso más allá y hacía partícipe a la comunicación de los tipos de cuidados. Ejemplos de ello son el cuidado visto como afecto, en el que juegan un papel importante los sentimientos y los deseos, el cuidado como interacción personal, donde el respeto, la confianza y la comunicación la enriquecen, y también el cuidado como acción enfermera de terapia, para el cual estas profesionales deben entender al paciente si quieren solventar sus problemáticas. ^{3,5}.

A modo de resumen, las corrientes aquí descritas integraron la relación terapéutica y por lo tanto, la comunicación con el paciente, dentro de la profesión, y convirtieron el progreso positivo o negativo de este durante el cuidado, así

como su bienestar, en consecuencias directas de las mismas en función de si se realizan de forma adecuada o si por el contrario se lleva a cabo una interacción contraproducente en el proceso enfermero.

Justificación

Habiendo descrito el contexto de la comunicación y su importancia cogiendo como base las reflexiones de Nightingale y las teorías del siglo XX, procede exponer a continuación la intención de este trabajo y las motivaciones que han llevado a su elaboración. Como en cualquier otra ocupación, si se quieren obtener los mejores resultados se necesita el mayor grado de excelencia en su desempeño, y es evidente como refleja la encuesta referenciada ⁶ y otros estudios ⁸, que en ciertos aspectos de la comunicación enfermera los clientes de la salud se muestran relativamente insatisfechos.

En relación con esto, Virginia Henderson, que consideraba la enfermería y la empatía como un conjunto, ya indicaba que en su origen el proceso enfermero se centraba en todo aquello englobado dentro de la relación terapéutica y que con el paso del tiempo había ido cambiando debido a ese aumento de las tecnologías, especialmente en las décadas de los años 70 y 80, hasta tener un enfoque mucho más científico. Este nuevo enfoque se considera positivo puesto que la enfermería debe evolucionar y adaptarse a los tiempos venideros con el fin de lograr sus objetivos, sin embargo, no debe olvidarse el elemento clave que consideraban desde Nightingale y ella misma hasta Peplau, King, Orlando o Travelbee. ^{5, 7.}

Como se ha mencionado en el primer apartado, la pandemia ocasionada por el COVID – 19 ha permitido la aparición de ruido y barreras que han obligado a los sistemas sanitarios de todo el mundo a reinventarse y adaptarse a una situación en la que se ha visto como millones de pacientes fallecían en los hospitales completamente aislados sin familiares que los acompañen, además de extenderse y normalizarse sin pretenderlo la atención deshumanizada. Se han dificultado enormemente la información verbal y no verbal, y añadidas al cansancio y desánimo que merman el proceso comunicativo, el cuidado de

excelencia buscado podría no haberse conseguido en este tiempo. Es en ese punto donde la enfermería adquiere mayor importancia y donde se considera necesario reforzar todo lo relacionado con la comunicación para poder mejorar, aunque sea mínimamente, la calidad de vida de los enfermos, superando los inconvenientes surgidos e incorporando a los conocimientos nuevas habilidades y puntos de vista.

En consecuencia, el principal objetivo es describir los aspectos importantes y las técnicas comunicativas más efectivas de la enfermería actual buscando el máximo beneficio de cara al futuro de la profesión a la hora de abordar la construcción de relaciones terapéuticas centradas en la humanización y dignidad de los pacientes, la obtención de beneficios recíprocos y la consolidación y reconocimiento de una profesión dedicada al cuidado desde su génesis. Sin olvidar las barreras físicas y psicológicas que han aparecido durante la pandemia, se pretenden reunir las formas más apropiadas de abordar a los pacientes que más dificultades han experimentado para establecer relaciones terapéuticas durante la misma, cuyos cuidados precisan de habilidades especiales tanto para su bienestar como para favorecer el afrontamiento de la muerte, y que de manera desafortunada se han visto comprometidos.

2 OBJETIVOS

Objetivo general:

- Describir los aspectos más importantes de la comunicación enfermera actual que permita la relación terapéutica ideal.

Objetivos específicos:

- Identificar las técnicas de abordaje del paciente, de comunicación verbal y de comunicación no verbal más efectivas.
- Indicar las formas de comunicación más adecuadas a establecer con los pacientes más vulnerables durante la pandemia del COVID – 19.
- Mostrar posibles alternativas comunicativas a las técnicas habituales que favorezcan resultados beneficiosos del binomio enfermera – paciente.

3 METODOLOGÍA

Diseño

Se ha realizado una revisión bibliográfica narrativa de artículos, libros, guías de práctica clínica, revistas y programas de salud. El período de estudio se llevó a cabo desde octubre de 2020 hasta enero de 2021.

Planteamiento

La pregunta PICO de este trabajo fue: ¿Cuáles son los aspectos más importantes y las técnicas más efectivas de la comunicación enfermera con el paciente en la actualidad?

El esquema PICO ha sido el siguiente:

- P (Paciente): Pacientes sin sesgo de edad, género u otra característica.
- I (Intervención): Comunicación enfermera.
- C (Comparador): No procede.
- O (Resultado): Características principales y técnicas más efectivas.

Se decidió plantear la pregunta con todo tipo de pacientes, y en función de los resultados obtenidos, seleccionar aquellos más adecuados a los objetivos propuestos: pacientes en condiciones normales y aquellos más vulnerables durante la pandemia como los críticos con ventilación mecánica y los oncológicos.

Estrategia

Durante el proceso se han utilizado las bases de datos *Pubmed* y *Scopus*, la biblioteca electrónica *Scielo* y el buscador *Google Scholar*.

Mediante el uso de los operadores booleanos AND y OR se han combinado los distintos descriptores:

- DeCS: Enfermería, Teoría Psicológica, Teoría de Enfermería, Técnicas, Comunicación, Barreras de Comunicación, Relaciones Interpersonales,

Comunicación no Verbal, Terapéutica, Humanización de la atención, Pacientes, Métodos, Coronavirus.

- MeSH: Nursing, Psychological Theory, Nursing Theory, Techniques, Communication, Communication Barriers, Interpersonal Relations, Nonverbal Communication, Therapeutics, Humanization of Assistance, Patients, Methods, Coronavirus.

En la búsqueda se utilizaron filtros de antigüedad con el fin de que la información fuese lo más actualizada posible, de idioma para posibilitar la comprensión y de procedencia para asegurarse de que los artículos fueran de revistas científicas o asociaciones sanitarias.

Criterios de selección

- Criterios de inclusión:

Documentos publicados de 2015 en adelante, escritos en español, inglés o portugués. Se incluyó el material relacionado directamente con la comunicación enfermera, con los pacientes más vulnerables durante la pandemia como oncológicos y críticos, con las conversaciones de afrontamiento de la muerte y con la comunicación en tiempos de COVID – 19. Con excepcionalidad se incluyó algún artículo enfocado desde la disciplina médica que se consideró útil para la revisión y su información era extrapolable a cualquier profesional sanitario.

- Criterios de exclusión

Se excluyó todo el material publicado antes de 2015 y cuyo idioma no fuera español, inglés o portugués. Se rechazaron los artículos no relacionados con la comunicación enfermera y que enfocaran la comunicación desde otra disciplina a excepción de alguno que podía aplicarse a la enfermería de forma útil. También se rechazaron los relacionados con técnicas comunicativas exclusivas de aquellos pacientes cuya vulnerabilidad durante la pandemia, con consecuencias extremadamente negativas para todos los enfermos, no fuera de tal magnitud como los intubados con ventilación mecánica.

4 RESULTADOS

La búsqueda metodológica que se llevó a cabo para la realización de esta revisión bibliográfica acerca de la comunicación más efectiva con el paciente obtuvo en un inicio 857 documentos, entre los que se encontraban libros, guías de prácticas clínicas, protocolos, revisiones bibliográficas y sistemáticas, y estudios de distintas características.

La selección final, después de descartar por encontrarse duplicados, no adecuarse a la temática u objetivo de la revisión, o no cumplir los criterios de inclusión establecidos, resultó como se muestra en el Diagrama de flujo en 21 documentos: 18 artículos de revistas científicas, 1 programa en salud, 1 protocolo de salud y 1 guía de práctica clínica. Todos se habían publicado de 2015 en adelante y los idiomas eran español, inglés y portugués (Ver Anexo I).

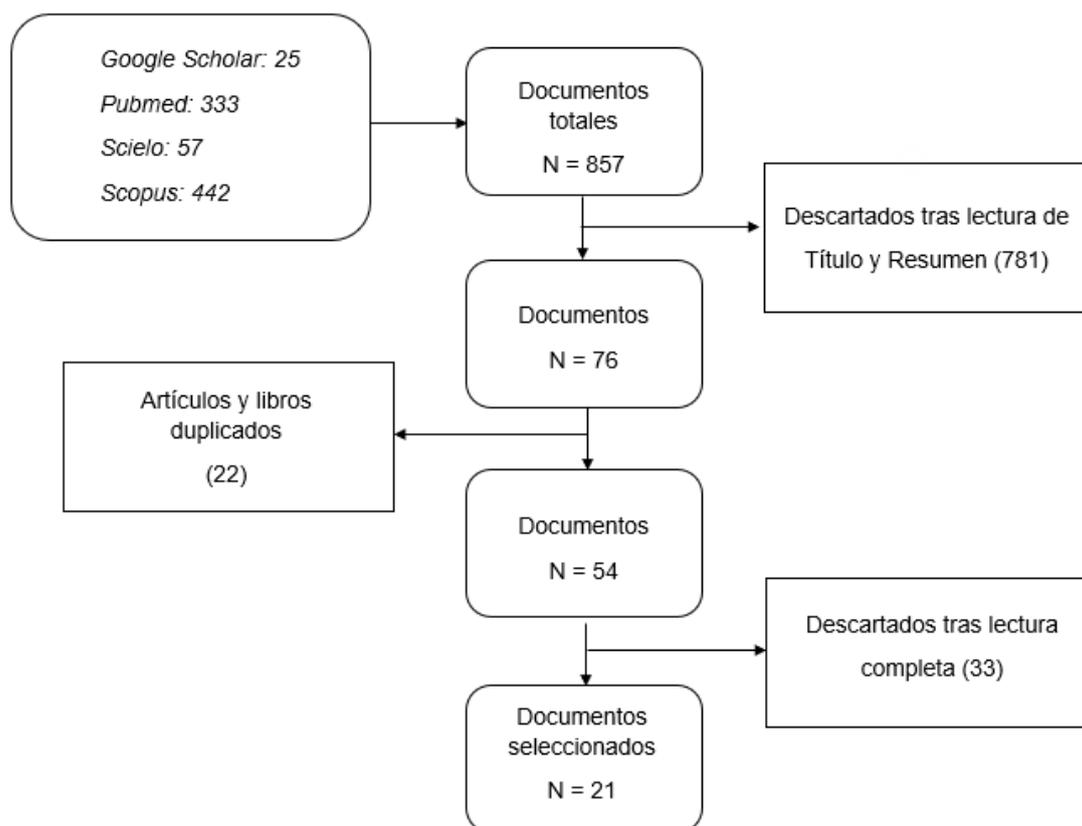


Figura 1: Diagrama de flujo. (Fuente: Elaboración propia)

Elementos clave de la comunicación

La adecuada comunicación con el paciente, de la que depende la construcción de la relación terapéutica ideal mencionada en la introducción, que tantos beneficios produce al paciente durante la resolución de su problema en salud y a la enfermera para su satisfacción profesional y personal, en gran medida se basa como cualquier otro intercambio social, en la importancia del primer contacto y de la impresión que cada participante da al otro durante éste. ⁸

Toda relación social se sustenta en la subjetividad de alguna u otra forma debido a que las personas tienden a comunicarse con mayor efectividad si tienen afinidad, gustos comunes, respeto por el otro, interés cultural, etc. En consecuencia, para comenzar una buena relación terapéutica es fundamental que el paciente pueda identificar a la enfermera gracias a una presentación, en la que conozca su identidad, su rol y sus intenciones, ya que pretender que el paciente exprese sus miedos y deseos con una persona que no conoce va a dificultar el proceso. ⁸

Para ello, antes de realizar la presentación, es preciso reflexionar sobre el tipo de paciente con el que se va a tratar, sus circunstancias, lo que se quiere transmitir y los medios que van a usarse para conseguirlo. El tipo de comunicación empleado debe tener en cuenta el estado anímico del paciente, si está deprimido, nervioso, animado o incluso agresivo; debe adecuarse al porqué de ese estado seleccionando el mejor lugar y momento, y ser el más correcto en función del mensaje que quiere hacerse llegar. En definitiva, lo que se pretende es planificar el abordaje más adecuado y anticiparse de esta forma a los inconvenientes que puedan presentarse, porque cada paciente tiene su propio contexto social, educativo y cultural, y su propio diagnóstico o consulta. ⁸

Sin embargo, el resultado de esa toma de contacto, cuyo análisis previo debe realizarse antes de cualquier interacción futura con ese paciente concreto, no es inamovible para el devenir de la relación tanto si es positivo como si es negativo. Cómo se afronten los sucesivos encuentros, las habilidades del profesional, las técnicas empleadas, los posibles contratiempos, etc., van a influir directamente durante todo el desarrollo de la relación y especialmente el manejo de la

comunicación de tal modo que se dominen todos los factores verbales y no verbales que produzcan el resultado deseado. ⁸

Los aspectos de la comunicación verbal son principalmente el tono empleado y la claridad con la que se transmite el mensaje. El tono de la conversación influye de tal forma que si es desenfadado se corre el riesgo de que el paciente no tome en serio lo que se le está diciendo, en cambio, si es irritable o demasiado frío, puede derivar en hermetismo y una falta de retroalimentación positiva. Por otro lado, la claridad va a depender del vocabulario utilizado y de la extensión del mensaje, tiene que ser entendible en su totalidad y conciso para no crear malentendidos; una buena forma de evitarlos es verificar que lo ha comprendido, repetir el mensaje las veces que sea necesario y evitar terminología sanitaria exclusiva. ⁸

En cuanto a la comunicación no verbal, es más compleja que la verbal, depende de más factores y se puede interpretar erróneamente con más frecuencia. En una interacción presencial puede no producirse comunicación verbal por muchos motivos, en cambio el lenguaje no verbal siempre estará presente, mostrando de un 60 a un 80 % de la información total según el autor, y ésta es mucho más fiable, puesto que es más difícil de ocultar y muestra las ideas y los sentimientos no expresados con las palabras. La forma en que interpreta una persona los gestos del resto está influida por su entorno y su experiencia, por lo que debe estar muy cuidada y hay que ponerle especial atención al tratar con los pacientes. Algunos de los elementos que la conforman son:

- Postura: tener los brazos cruzados aporta sensación de rechazo o aislamiento, resultan más favorables posiciones abiertas y relajadas. Estar a distinta altura del paciente puede indicar roles dominantes no deseados, si está sentado o encamado es recomendable igualarla. Cuidar las posturas que demuestren aburrimiento.
- Contacto visual: no mirar a los ojos es causa de desconfianza e inseguridad, mirar fijamente es motivo de intimidación. Un contacto medido ofrece tranquilidad y fomenta la afinidad.
- Gestos corporales: usar los brazos y las manos para remarcar la información importante o explicar procedimientos de forma gráfica ayuda

a la comprensión. Emplear la cabeza para dar a entender que se está escuchando es muy positivo. Gesticular de forma excesiva podría ocasionar inseguridad y nerviosismo en el paciente.

- Gestos faciales: mostrar expresiones de desagrado, aburrimiento o mofa van a afectar negativamente a la relación terapéutica. Sonrisa social y expresiones que demuestren estar escuchando refuerzan favorablemente.
- Distancia y contacto: no guardar cierta distancia y tocar constantemente produce incomodidad, y mantener excesivo distanciamiento, frialdad. Aun así, dependerá de la situación, en caso de necesitar consuelo es probable que el paciente agradezca más cercanía. ⁸

Ambas comunicaciones son tomadas como un todo, dado que una no funciona correctamente sin la otra y viceversa. A ellas se añade la escucha activa que precisa el menor número posible de interrupciones siendo necesario dejar espacio para hablar. Tiene elementos propios de las dos, por ejemplo, gestos que demuestren estar escuchando y preguntas sobre el tema que plantea el paciente. Para lograr escuchar activamente es importante animar al paciente a expresar sus sentimientos, a hablar sobre el proceso que está viviendo y a preguntar las dudas que le puedan surgir; y una vez se consiga esto hay que escucharle atentamente sin prejuicios ni valoraciones subjetivas, intentando leer entre líneas la información que sólo ofrece la comunicación no verbal, además de saber gestionar las pausas y silencios para producir sensación de tranquilidad. Al combinar esta escucha con los dos tipos de comunicación y el análisis previo a ellas, se constituye el llamado estilo asertivo, que recoge muchas de las cualidades necesarias para la relación terapéutica al buscar una situación de confianza respetando los derechos ajenos y propios y comunicándose de forma honesta con la otra persona. ⁸

Comunicación según el estado de ánimo del paciente

Como se ha mencionado anteriormente, cada paciente tendrá un contexto y un estado emocional al que hay que adaptarse para lograr los objetivos. Por lo

general, un paciente estándar va a tener una visión negativa de su dolencia, entonces con el fin de demostrarle que va a ser aceptado y respetado, y de enseñarle a sobrellevarla, va a ser necesario emplear las técnicas descritas en el primer apartado. No obstante, se presentan diferencias notorias al tratar con la depresión o la agresividad.⁸

La depresión es un problema extremadamente común en los pacientes y localizar con la mayor brevedad posible al paciente deprimido es primordial para su recuperación. Características típicas de estas personas son: lenguaje verbal escaso, postura encogida y cabizbaja, ausencia de contacto visual, higiene pobre, ropa sucia o desaliñada. Además, también se puede observar si la falta a las consultas o sesiones son habituales, si la adherencia terapéutica no es la deseada o si es necesario repetirle la información debido a que no es capaz de concentrarse cuando se le habla.⁸

En caso de presentarse, lo más recomendable es ayudarlo a expresar lo que siente. Para conseguir esto se puede recurrir a preguntas abiertas o a preguntas más concretas que sugieran algo relacionado sin llegar a incomodarlo, ya que se debe dejar su propio espacio. Deben evitarse juicios personales sobre sus pensamientos y no debe recriminarse la falta de respuesta a una pregunta formulada, puesto que eso no significa que quiera ofender o que no esté reflexionando sobre ello.⁸

En cambio, si el paciente se muestra irritado va a ser más fácil reconocerlo por una comunicación no verbal negativa como puede ser una postura en tensión con los puños de los manos cerrados, expresiones faciales de enfado, etc. acompañada en ocasiones de comentarios ofensivos con alto volumen de voz. Esta situación es bastante frecuente y más en la enfermería, por ser los profesionales que más tiempo pasan con el paciente, con los que tienen más confianza y, en definitiva, con los que es más sencillo que la relación terapéutica se extralimite y produzca estos inconvenientes.⁸

La estrategia a seguir ante estos pacientes es más sencilla de lo que puede parecer: controlar las reacciones propias para poder controlar las ajenas; para lo cual es preciso mantener una postura estable y tranquila sin ponerse a la

defensiva, indicar al paciente la actitud que está teniendo e intentar desplazar la conversación a otro lugar más apropiado si fuera necesario. Una vez tomado el control de las propias emociones, lo siguiente es escuchar al paciente, intentar entender el motivo de su ira, reconocerle o negarle la razón según proceda y realizar acciones y comentarios que indiquen la búsqueda de una solución en conjunto. ⁸

Aún con todo esto, es probable que en algún momento la enfermera se encuentre con un paciente que no quiere razonar, no explica sus motivos de enfado y lo único que pretende es ofender. En ese caso, lo más recomendable es, al igual que con otros, tener claro que no es algo personal normalmente y, si es necesario, pedir ayuda a otros miembros del equipo que puedan prestar su apoyo en la gestión del problema. ⁸

Comunicación enfermera durante la pandemia de COVID – 19

El COVID – 19 ha colapsado el sistema sanitario haciendo replantearse a los profesionales de la salud todo lo establecido hasta el momento y surgiendo numerosas barreras de comunicación. Ejemplos de estas son la reducción de los canales comunicativos como consecuencia del uso de equipos de protección especial, mascarillas y respiradores; la ausencia de la familia que aumenta la ansiedad y que en muchos casos ha impedido la despedida antes del fallecimiento; la falta de tiempo para atender a los pacientes y por lo tanto que se sientan abandonados, en ocasiones con el mismo resultado a través de las consultas telefónicas; y el limitado conocimiento para lidiar con los pacientes más graves que se ha visto acrecentado con las barreras físicas. ⁹

Con el fin de solucionar estos inconvenientes, se han ido desarrollando tácticas que si bien pueden no haber logrado ser efectivas en su totalidad, sí han mejorado la situación respecto a la parte inicial de la pandemia y han conseguido un trato más humano para los pacientes. Lo principal ha sido organizarse y trabajar en equipo intentando así dar un cuidado integral, colaborando con los distintos miembros y servicios como el de trabajo social, desarrollando estrategias y protocolos, y centrándose en la comunicación con el paciente para

ayudarle a tener una estancia más sencilla teniendo en cuenta el aislamiento y soledad que sufre.^{9, 10.}

Al limitarse los tipos de comunicación, ha tomado mucha importancia la expresión y lectura de los ojos y la comunicación no verbal visible, en contraposición a las expresiones faciales ocultas por las barreras físicas. En cuanto a las familias, se ha recurrido a alternativas como las videollamadas, videos grabados, mensajes de voz, lectura de emails y cartas, y regalos que se los han hecho llegar a través de las enfermeras, y se les ha enseñado la forma correcta y segura de ponerse los equipos de protección para poder entrar a las habitaciones. Y respecto a la falta de tiempo, seguramente la barrera más difícil de sobrepasar por la plena dedicación a la vacunación, realización de test, atención de llamadas, seguimientos telefónicos de los pacientes covid y posteriormente crónicos... la única solución, de gran ayuda, ha sido incluir a las familias con los medios descritos.^{9, 10.}

En relación con esto, una pieza clave de la evolución favorable de la comunicación de los pacientes con sus familias ha sido la puesta en marcha del grupo de gestores de casos en muchos hospitales, incluyendo el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. En este hospital se formó detalladamente a todos los que se ofrecieron voluntarios sobre protocolos, ética, gestión de historia electrónica, forma de trabajo de las unidades, etc. y se informó a los familiares de su existencia.¹¹

Uno de esos protocolos, elaborado por la Gerencia Regional de Salud basado en el Modelo de 6 pasos (Baile – Buckman) del hospital 12 de octubre, fue el “Protocolo para profesionales sanitarios para la comunicación telefónica de malas noticias a familiares de pacientes con coronavirus en situación de cuidado de últimos días”¹². A lo largo de seis etapas explica cómo preparar la entrevista, identificarse, saber qué información conoce el familiar y hasta dónde quiere conocer, y en función de eso compartir la información gestionando los sentimientos y planificando el proceso a seguir.

Tras el análisis de los datos recogidos, la evidencia demuestra que esta medida mejoró la asistencia al informar a los familiares y permitir que se comunicaran

con los pacientes, lo que redujo la carga de trabajo de otros profesionales, la ansiedad de los implicados y ayudó a encontrar necesidades en el cuidado para futuras mejoras. ¹¹

Comunicación con el paciente oncológico

La quimioterapia es un proceso complejo que produce mucho temor a los pacientes oncológicos y puede provocar que pierdan el control de su estado anímico al no saber gestionar la ansiedad. De ahí que estos pacientes precisen más información de lo habitual y requieran en consecuencia profesionales con buenas aptitudes comunicativas que puedan explicarles correctamente el procedimiento y todas las dudas que presenten para poder participar activamente en su tratamiento. ¹³

Según los propios pacientes, el elemento más importante de su tratamiento es el comportamiento y cariño de las enfermeras y médicos que les atienden, dando especial importancia a las primeras. Indican que el sanitario deber ser habilidoso socialmente hablando, esto quiere decir que sepa escuchar, que sea compasivo, solidario y además que demuestre confianza en su trabajo. Valoran el trato individualizado y personal, por lo tanto, dan mucha relevancia a que la enfermera se refiera a ellos por su nombre de pila y les dé la sensación de que tiene tiempo para ellos, animándolos a expresar lo que sienten y escuchándolos. ¹³

Otro aspecto destacable con este tipo de paciente es la esperanza y si debe darse con interacciones llenas de positivismo, o por el contrario ser más realista y no crear falsas expectativas. La cuestión es que prefieren constantes frases de ánimo, no porque quieran ser engañados, sino porque se contagian de esa positividad del equipo y les ayuda a seguir adelante en los peores momentos. La comunicación de diagnósticos negativos, cuyo cometido es del equipo médico, es necesaria para mantener la confianza y la sensación de utilidad del paciente. Es en ese momento, después de recibir la mala noticia, donde ya puede actuar enfermería con las habilidades sociales necesarias para mantener la esperanza aceptando la información no esperada y animando al paciente a seguir luchando.

13, 14.

Un caso especial es el de los niños, con los que se dificulta la consecución de su autonomía y participación en su tratamiento al no tener un nivel madurativo suficiente y al depender de sus padres, quienes poseen autoridad para decidir. Esto ocasiona que muchos de ellos, sobre todo los adolescentes, se sientan frustrados, desplazados y desconfíen de los profesionales, lo cual no resulta nada beneficioso puesto que no se establece la relación terapéutica necesaria para que planteen sus miedos – como el dolor o los cambios físicos – y preocupaciones de futuro. ¹⁵

Otro tema que les preocupa es todo lo que conlleva la situación de urgencia. Por un lado, el hecho de que sus padres tengan que tomar decisiones con escaso margen de tiempo y estas puedan ser equivocadas, les produce una ansiedad que se suma a la ya mencionada incapacidad para opinar al sentirse silenciados. Por otra parte, esa situación de emergencia puede provocar que la confidencialidad del niño o adolescente pase a un segundo plano. Que no sean adultos no significa que no sientan vergüenza, y sus problemas más íntimos como la posibilidad de quedarse estériles después del tratamiento, en ocasiones no son tratados con la delicadeza que requieren. ¹⁵

En lo referente al conocimiento que quieren tener de su enfermedad, en la mayoría difieren respecto a los adultos. Al inicio de su enfermedad, estos pacientes suelen querer saber lo mínimo para conseguir un equilibrio de información que no les haga sentirse excluidos pero que tampoco les produzca mayor angustia. Aun así, hay evidencia de que prefieren que no se oculte la palabra “cáncer”, ya que si se evita puede producirles más temor y dificultar su aceptación de la enfermedad. Una vez que se ha producido el duelo y se ha llegado a aceptar la situación, agradecen que, aunque no puedan decidir, se les comunique todo al momento sin filtrar previamente por sus padres. ¹⁵

En cuanto a comunicación verbal y no verbal, son efectivas las mismas técnicas tanto en adultos como en niños: lenguaje sencillo y comprensible, preguntas abiertas, expresiones de ánimo, tiempo para escuchar, etc. Su correcta ejecución permite que vean a los sanitarios como un apoyo y no sólo como un profesional, que se desahoguen y expresen sus sentimientos y, en muchos casos, logren controlar la gestión de sus emociones tan fundamental para el

buen devenir de su terapia. Así mismo, estas habilidades son de vital importancia a la hora de indicar y recomendar las pruebas de detección de cáncer; hay directa correlación entre una buena relación enfermera – paciente y mayor número de casos detectados con antelación que evitan situaciones límite. ^{15, 16.}

Comunicación con el paciente crítico de UCI

Los pacientes de UCI con frecuencia se encuentran intubados asistidos con ventilación mecánica, lo que impide en la mayoría de los casos la comunicación verbal por parte del paciente y empeora la relación terapéutica. Son enfermos con una situación verdaderamente complicada de la que son plenamente conscientes y si a eso se suma la incapacidad de comunicarse correctamente con sus familiares y el personal, va a ocasionarles problemas depresivos, de frustración y de enfado con el entorno que no van a favorecer su recuperación.

¹⁷

Entre los métodos más utilizados en las UCIs están el uso del lápiz y el papel, la lectura de labios y la mímica. Sin embargo, es muy común que estos pacientes no puedan mover las manos para escribir o hacer mímica por ser politraumatizados o tener alguna parálisis, o que la enfermera no sea capaz de leer los labios y provocar frustración a ambas partes. Por ello, a pesar de no poder establecer comunicación en ciertos momentos, algo que agradecen y echan en falta en numerosas ocasiones es el contacto visual. Necesitan que el proveedor sea capaz de mirarlos a los ojos y de usar el tacto (apretando las manos, por ejemplo), que no les demuestren que sienten pena por ellos y les humanicen tratándoles como a otro paciente más. ¹⁷

Uno de los instrumentos que resulta más efectivo a la hora de interactuar con ellos son los tableros gráficos y alfabetos. El movimiento de la cabeza es el que con más frecuencia recuperan antes o mantienen durante su hospitalización, de ahí que sea relativamente sencillo usar hojas con letras o tablas de dibujos grandes y coloridos. La parte negativa de estos objetos es que son limitados y pueden no contener todo lo necesario para que el paciente exprese lo que quiera, pero por lo general sí disponen de los elementos más básicos para la

comunicación. ^{17, 18.}

Actualmente hay métodos tecnológicos que están empezando a adquirir importancia en la sanidad mundial y que tienen el objetivo de permitir la comunicación a los pacientes críticos. Estos son los tubos de traqueotomía parlantes mediante el uso de un manguito hinchado, la electrolaringe cuyo funcionamiento es con pilas y transmite el sonido vibrado desde la superficie del cuello hasta la orofaringe, y los dispositivos de comunicación de alta tecnología, ordenadores con frases predeterminadas que incluso detectan el movimiento de los párpados. A pesar de su existencia, son altamente costosos y mientras no se puedan implantar en todos los hospitales, será siendo necesario explotar el desarrollo de la comunicación no verbal. ¹⁸

Comunicación frente a la muerte

Tanto los pacientes oncológicos como los intubados o los hospitalizados en UCI tienen en muchas ocasiones un alto riesgo de fallecer, pueden ser ancianos o adultos que hayan asumido su situación o pueden ser personas jóvenes con un sentimiento de interrupción brusca de su vida y de todo lo que conocían hasta el momento. Ya sea de un modo u otro van a tener reflexiones sobre la muerte y es razón suficiente para considerarles dentro de ese grupo de pacientes que precisan resolver sus conflictos para obtener paz interior, igualando o incluso superando la necesidad del tratamiento físico. ^{4, 19.}

Saber ofrecer esa empatía especial, que no es la que se tiene con el resto de los pacientes, sino algo más delicado ante lo que muchos profesionales dicen no sentirse preparados, y ayudarles a obtener paz interior antes de morir o a modo de preparación por si se diera el caso, es un punto por mejorar obligatoriamente en la sanidad. Estas conversaciones no deben evitarse, y cada vez que se produzcan no pueden ser breves, pobres y a última hora, porque la función de los sanitarios es procurar el mantenimiento o incremento de la calidad de vida de los enfermos, y para ellos puede que lo más importante sea mostrar sus últimos deseos y normalizarlo, por encima de otras cosas. ¹⁹

Estudios demuestran que la mayoría de estos pacientes no informan a los

familiares de su situación ni hablan con ellos acerca de los cuidados que van a precisar, no redactan sus últimas voluntades ni se sinceran con los profesionales sanitarios. Esto no es más que otra muestra de la importancia de establecer una relación terapéutica de confianza que permita a la enfermera plantear estos temas al paciente y obtenga respuestas y acciones favorables. Realizar esto con rapidez puede evitar ansiedad y sufrimiento al paciente y va a propiciar que tanto los seres queridos como él mismo afronten de mejor manera la situación. ¹⁹

Una manera de mejorar el abordaje de estas conversaciones es la formación mediante role playing y los cursos prácticos que permiten a la enfermera ponerse en la piel del paciente y en su propia piel cuando se encuentre en una situación real. Estas prácticas ayudan a entender que la mejor estrategia es facilitar las conversaciones y no liderarlas, ya que cada paciente puede reaccionar de una forma muy distinta, e ir dirigiendo la conversación hacia donde más interés dependiendo de la actitud que adopte. También son útiles para aprender a manejar las pausas y los silencios que tanto ayudan a reflexionar y a encontrar respuestas que sólo ellos pueden darse, porque el intento de responder todas las dudas aún sin saberlas puede desembocar en un rol paternal perjudicial. ¹⁹

Ya se ha descrito la necesidad que tiene el paciente oncológico de saber sobre su enfermedad y cómo evoluciona. Frente a la muerte la mayoría de los pacientes tienen el mismo deseo: transparencia, lenguaje claro y no evitar palabras como “muerte” o “terminal”. La buena intención de las enfermeras ocultando ciertos detalles y enmascarando las palabras pueden producir el efecto contrario al deseado, frustrando y estresando al enfermo, y en consecuencia afectando directamente a esos esfuerzos por construir la relación enfermera – paciente ideal y a sus beneficios. Para lograr una comunicación efectiva con el paciente terminal es fundamental desestigmatizar la muerte. ¹⁹

El programa COMFORT, destinado a la mejora de las habilidades en la atención enfermera a pacientes oncológicos, está compuesto de 7 ítems (C - Communication, O – Orientation and Options, M – Mindful communication, F – Family, O – Openings, R – Relating, T – Team) que son de útil aplicación también con los intubados, ventilados y terminales de cuidados paliativos. Consiste en la descripción de fases a seguir a medida que evoluciona la relación para que el

cuidado sea integral y humanizado. Básicamente se resume en la comprensión de la situación del paciente y su familia gracias al uso de la escucha activa y la lectura de la comunicación no verbal, encontrando así puntos en común con ellos que permitan la consecución de los objetivos marcados, sin olvidar el apoyo proporcionado por el resto del equipo sanitario. ¹⁴

Alternativas en la comunicación

La pandemia de COVID – 19 ha obligado a las enfermeras a reinventarse en los cuidados de sus pacientes, se ha visto cómo recurrían a las videollamadas para conectar con los familiares, grababan vídeos para animar a la población y muchas otras actividades. Dos elementos fundamentales de esta reinención han sido el humor y la música, que quizá por temor a perder seriedad como profesionales no suelen utilizarse durante las relaciones terapéuticas y, sin embargo, hay evidencia que demuestra su utilidad y sus beneficios en la recuperación del paciente. Facilitan la aceptación y control de la enfermedad, distraen de los problemas, forjan relaciones encontrando gustos comunes, mejoran la calidad del sueño, reducen el sentimiento de dolor, permiten mayor aprendizaje, humanizan al paciente y mejoran su estancia en el hospital, rompen barreras, incrementan la adherencia al tratamiento, ayudan a la expresión de emociones, reducen la ansiedad y crean un ambiente más confortable para trabajar. ^{20, 21.}

Formas de llevar a cabo el humor son mediante videos, payasos, uso de sarcasmo, relato de anécdotas, chistes, imitaciones, mímica y en definitiva cualquier recurso que consiga hacer gracia al paciente y pueda hacerle sonreír. Aun así, hay que tener en cuenta que cada persona tiene un tipo de humor, un bagaje cultural y unas condiciones de enfermedad que pueden limitar su comprensión o su ánimo, de ahí la importancia de conocer al paciente antes y durante la primera interacción. ^{20.}

En lo referido a la música puede ocurrir algo similar, y es que no todo el mundo tiene los mismos gustos y puede provocar rechazo, puede molestar el descanso de otros pacientes o dificultar la socialización, en cambio está demostrado que

puede llegar a reducir el uso de medicamentos en salud mental, proporciona mejores cuidados paliativos y es muy favorable en pacientes con demencia por ejemplo en el momento de asearles. ²¹.

5 DISCUSIÓN

Los dos primeros apartados de los resultados, los elementos clave de la comunicación y esta en función del estado anímico del paciente, han sido de los que menos evidencia científica se ha encontrado. Se obtienen bastantes artículos en lo que a comunicación se refiere y sus aspectos generales, pero muy pocos específicos de enfermería, los cuales habían sido publicados con anterioridad a 2015 y refleja la poca importancia que se está otorgando a esta temática. En el material encontrado se explica cómo iniciar una conversación analizando al paciente, las mejores técnicas de comunicación verbal y no verbal, la importancia de la escucha activa y el estilo asertivo, y cómo abordar al paciente dependiendo de su estado de humor actual.

Los cuatro siguientes apartados, dedicados a la comunicación enfermera durante la pandemia y a cómo tratar a esos pacientes cuya situación y calidad de vida han empeorado potencialmente, sí tienen más evidencia que los respalde. Ha sido sorprendente que habiendo transcurrido únicamente siete meses desde que se hizo oficial la pandemia mundial hasta que comenzó esta revisión, se hayan recopilado varios artículos y un programa en salud sobre la comunicación conviviendo con el COVID – 19. Uno de ellos ha sido muy útil al tratarse de la gestión de casos de un hospital de Valladolid.

De la misma manera ha ocurrido, aunque ya de forma menos sorprendente, con la evidencia acerca de la comunicación con pacientes determinados. Entre todas las posibilidades, se han escogido los pacientes oncológicos por estar extremadamente expuestos al virus consecuencia de un sistema inmunodeprimido; los críticos intubados debido a que los pacientes covid más graves precisan ventilación mecánica y se han colapsado las UCIs sobrepasando la ratio enfermera – paciente; y aquellos con los que es necesario conversar sobre el afrontamiento de la muerte porque los registros de fallecimientos han superado todos los récords, haciendo que sean conversaciones muy frecuentes.

Durante la pandemia ha disminuido la atención a los enfermos crónicos desviando todos los recursos hacia los pacientes más críticos. Estos pacientes,

en muchas ocasiones con escasos recursos de autocuidado, han tenido dificultades al acceder y comunicarse con los servicios sanitarios, lo que ha repercutido negativamente en su estado de salud. No se han encontrado estudios acerca de ellos, por lo que sería conveniente desarrollar alguna estrategia de comunicación y potenciar los autocuidados, así como proporcionar acceso seguro de estos pacientes a los centros sanitarios para futuras ocasiones.

Finalmente, en el último apartado, referente a alternativas dentro de la comunicación enfermera, se han incluido el humor y la música. Se han utilizado dos artículos, uno para cada alternativa, y realmente han sido los únicos encontrados referentes a propuestas más innovadoras. Al igual que con las técnicas generales hay escasa investigación, pero se trata de dos artículos completos que exploran correctamente el tema y evidencian los beneficios de estas prácticas menos convencionales.

Limitaciones

En comparación a otros aspectos de la enfermería, la comunicación es un tema poco estudiado y evidenciado. Muestra de ello son el escaso material publicado hasta los años 90, los resultados de las encuestas de satisfacción de los pacientes y que no se trate como una asignatura en las facultades. Ésta es la causa de que se hayan encontrado menos documentos de los deseados, especialmente en cuanto a técnicas de comunicación verbal y no verbal.

Fortalezas

Los artículos, guías y programas encontrados coinciden en la información expuesta, complementándose entre ellos sin vislumbrar controversias o contradicciones. Esto indica que, a pesar de ser una temática poco explotada, la comunidad enfermera se encuentra unida al hablar de la estrategia a seguir y de la importancia que tiene su buena praxis.

Reflexión sobre la implicación en la práctica

El objetivo de este trabajo fue describir los aspectos más importantes de la comunicación enfermera en la actualidad, adentrándose en el abordaje de los pacientes más complicados y proporcionando alternativas interesantes. Se espera de él que sirva en el futuro como guía para establecer relaciones terapéuticas beneficiosas con todo tipo de pacientes y con aquellos cuyo cuidado, por diversas circunstancias, pueda verse comprometido.

Propuesta para líneas futuras

La enfermería ha ganado prestigio y reconocimiento en los últimos años y, concretamente desde marzo de 2020, ha aumentado esa visibilidad que demandaba desde hace tiempo. Aun así, la comunicación sigue siendo un asunto pendiente que mejorar para obtener la excelencia en todos y cada uno de los cuidados ofrecidos. Por este motivo, aquí se propone seguir investigando, realizar estudios experimentales que comparen modos de comunicación y desarrollar los que resulten más beneficiosos, que se mejore la formación de los profesionales y que se permita mayor especialización en la materia para, en definitiva, hacer de la mejor manera posible lo que Florence Nightingale consideraba lo más fundamental de la salud: cuidar.

6 CONCLUSIONES

- Las enfermeras han adquirido mayor prestigio en los últimos tiempos gracias a haber demostrado su capacidad de adaptación y de haber proporcionado el mejor cuidado a sus pacientes, de ahí que sea necesario mejorar una herramienta tan importante como la comunicación enfermera para lograr la excelencia de la profesión.
- Para conseguir la relación terapéutica ideal debe realizarse un análisis inicial del paciente y una presentación que clarifique los roles de cada uno, deben implementarse técnicas de comunicación verbal y no verbal, y la enfermera debe ser capaz de adaptarse a la variedad de pacientes consiguiendo el control de sus propias reacciones.
- Durante la pandemia las enfermeras han tenido que reinventarse e improvisar métodos, muchos de ellos tecnológicos, que se complementen con las familias y los grupos de gestores de casos en el cuidado de los pacientes covid. En algunos casos no se ha podido evitar la desatención de los que más habilidades comunicativas precisan debido a las numerosas barreras surgidas. Estos tienen en común los siguientes deseos: lenguaje claro y sencillo, empatía, información honesta y no evitar palabras y temas delicados.
- Cuando las técnicas convencionales no tienen el resultado esperado o se quiere mejorar la relación, existen alternativas como el humor y la música cuyos beneficios como mejor aceptación de la enfermedad, están demostrados. Hay que tener en cuenta las diferencias culturales y sociales, los distintos gustos y el contexto para asegurarse de que estas innovaciones sean beneficiosas y no vayan en detrimento de la recuperación.

7 BIBLIOGRAFÍA

1. Amezcua M. Florence Now: el triple impacto del poder Nightingale. *Index Enferm* [Internet]. 2021 [citado 3 de mayo de 2021];29(3):108-111. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/34dtfq5>
2. Ramírez Elizondo N, Vílchez Barboza V, Muñoz Rojas, D. El cuidado como un proceso de interacción y anticipación humana. *Index Enferm* [Internet]. 2020 [citado 3 de mayo de 2021];28(4):194-198. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3f9EA18>
3. Elers Mastrapa Y, Gibert Lamadrid MP. Relación enfermera – paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Rev. cuba. Enferm* [Internet]. 2016 [citado 3 de mayo de 2021];32(4):0-0. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3yy9rMz>
4. Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enferm Univ* [Internet]. 2015 [citado 5 de mayo de 2021];12(3):134-143. doi: 10.1016/j.reu.2015.07.004
5. Galvis López MA. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. *Rev Cuid* [Internet]. 2015 [citado 6 de mayo de 2021];6(2):1108. doi: 10.15649/cuidarte.v6i2.172
6. Landman Navarro C, Cruz Osorio MJ, García García E, Pérez Meza P, Sandoval Barrera P, Serey Burgos K, et al. Satisfacción usuaria respecto a competencia de comunicación del profesional de enfermería. *Cienc Enferm* [Internet]. 2015 [citado 7 de mayo de 2021];21(1):91–102. doi:10.4067/S0717-95532015000100009
7. Ramírez Elías A. Proceso de enfermería; lo que sí es y lo que no es. *Enferm Univ* [Internet]. 2016 [citado 7 de mayo de 2021];13(2):71-72. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3fKvXJM>
8. European Dialysis and Transplant Nurses Association, European Renal Care Association. *The art of communication: a nurse's guide to implementing best practices in communication* [Internet]. 1a ed. [Hergiswil]; Malmö: European Dialysis and Transplant Nurses

- Association/European Renal Care Association (EDTNA/ERCA); CA Anderssons tryckeri; 2017 [citado 10 de mayo de 2021]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/34aUamQ>
9. Wittenberg E, Goldsmith JV, Chen C, Prince-Paul M, Johnson RR. Opportunities to improve COVID-19 provider communication resources: A systematic review. Patient Educ Couns [Internet]. 2021 [citado 11 de mayo de 2021];104(3):438–451. doi: 10.1016/j.pec.2020.12.031
 10. Junta de Galicia (Consejería de Sanidad). Programa de comunicación con familias de pacientes COVID – 19 con especial atención a los procesos de transición y despedidas. Servicio Gallego de Salud: Área sanitaria de Coruña [Internet]. 2020 [citado 12 de mayo de 2021]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3fHqKIB>
 11. Avellaneda-Martínez S, Jiménez-Mayoral A, Humada-Calderón P, Redondo-Pérez N, Del Río-García I, Martín-Santos AB, et al. Gestión de la comunicación de los pacientes hospitalizados, aislados con sus familias por la COVID-19. J Health Qual Res [Internet]. 2021 [citado 14 de mayo de 2021];36(1):12–18. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3wxerPT>
 12. Junta de Castilla y León (Consejería de Sanidad). Protocolo para profesionales sanitarios para la comunicación telefónica de malas noticias a familiares de pacientes con coronavirus en situación de cuidados de últimos días. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León [Internet]. 2020 [citado 12 de mayo de 2021]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3yvISbX>
 13. Prip A, Møller KA, Nielsen DL, Jarden M, Olsen M-H, Danielsen AK. The patient-healthcare professional relationship and communication in the oncology outpatient setting: A systematic review. Cancer Nurs [Internet]. 2018 [citado 14 de mayo de 2021];41(5):11–22. doi: 10.1097/NCC.0000000000000533
 14. Wittenberg E, Reb A, Kanter E. Communicating with patients and families around difficult topics in cancer care using the COMFORT communication curriculum. Semin Oncol Nurs [Internet]. 2018 [citado 14 de mayo de

- 2021];34(3):264–273. doi: 10.1016/j.soncn.2018.06.007
15. Lin B, Gutman T, Hanson CS, Ju A, Manera K, Butow P, et al. Communication during childhood cancer: Systematic review of patient perspectives. *ACS Journals* [Internet]. 2020 [citado 14 de mayo de 2021];126(4):701–716. doi: 10.1002/cncr.32637
 16. Peterson EB, Ostroff JS, DuHamel KN, D’Agostino TA, Hernandez M, Canzona MR, et al. Impact of provider-patient communication on cancer screening adherence: A systematic review. *Prev Med* [Internet]. 2016 [citado 15 de mayo de 2021]; 93:96–105. doi: 10.1016/j.ypmed.2016.09.034
 17. Ortega-Chacón V, Martínez Díaz D. Estrategias e instrumentos de comunicación con pacientes en ventilación mecánica invasiva. Revisión de la literatura. *Rev esp comun salud* [Internet]. 2017 [citado 15 de mayo de 2021];8(1):92. doi: 10.20318/recs.2017.3608
 18. Ten Hoorn S, Elbers PW, Girbes AR, Tuinman PR. Communicating with conscious and mechanically ventilated critically ill patients: a systematic review. *Crit Care* [Internet]. 2016 [citado 16 de mayo de 2021];20(1):333. doi: 10.1186 / s13054-016-1483-2
 19. Sutherland R. Dying well-informed: The need for better clinical education surrounding facilitating end-of-life conversations. *Yale J Biol Med* [Internet]. 2019 [citado 17 de mayo de 2021];92(4):757–64. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3hLTJal>
 20. Sousa LMM, Marques-Vieira CMA, Antunes AV, Frade M de FG, Severino SPS, Valentim OS. Humor intervention in the nurse-patient interaction. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019 [citado 18 de mayo de 2021];72(4):1078–1085. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2TdoTxB>
 21. Mileski M, Brooks M, Kirsch A, Lee F, LeVieux A, Ruiz A. Positive physical and mental outcomes for residents in nursing facilities using music: a systematic review. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2019 [citado 18 de mayo de 2021]; 14:301–319. doi: 10.2147/CIA.S189486

8 ANEXOS

Anexo I: Tabla de resultados

Tabla 1: Material seleccionado

| Título del artículo | Autor y fecha | Revista | Tipo de diseño |
|---|--|------------------------------|---|
| Florence Now: el triple impacto del poder Nightingale (1) | Amezcuca, M. (2021) | Index de Enfermería | Revisión bibliográfica |
| El cuidado como un proceso de interacción y anticipación humana (2) | Ramírez Elizondo, N et al. (2020) | Index de Enfermería | Meta -análisis cualitativo |
| Relación enfermera: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales (3) | Elers Marstrapa, Y Gilbert Lamadrid, M (2016) | Revista cubana de enfermería | Revisión bibliográfica |
| Relaciones personales entre la enfermera y el paciente (4) | Ramírez, P Müggenburg, C (2015) | Enfermería universitaria | Revisión sistemática |
| Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica (5) | Galvis López, M.A (2015) | Revista Cuidarte | Revisión bibliográfica |
| Satisfacción usuaria respecto a competencia de comunicación del profesional de enfermería (6) | Landman Navarro, Cecilia et al. (2015) | Ciencia y enfermería | Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal. |

| | | | |
|---|--|---|---|
| Proceso de enfermería; lo que sí es y lo que no es (7) | Ramírez Elías, A (2016) | Enfermería universitaria | Revisión bibliográfica |
| El arte de la comunicación – Guía para enfermería para implementar las mejores prácticas en la comunicación (8) | EDTNA / ERCA (2017) | - | Guía de práctica clínica |
| Oportunidades para mejorar los recursos de comunicación del proveedor de COVID – 19 (9) | Wittenberg, E et al. (2021) | Patient education and Counseling | Revisión sistemática |
| Programa de comunicación con familias de pacientes Covid 19 con especial atención a los procesos de transición y despedidas (10) | Consejería de sanidad de la Junta de Galicia (2020) | - | Programa de salud |
| Gestión de la comunicación de los pacientes hospitalizados, aislados con sus familias por la Covid – 19 (11) | Avellaneda Martínez, S et al (2021) | Journal of Healthcare Quality Research | Estudio cualitativo, observacional, analítico. |
| Protocolo para profesionales sanitarios para la comunicación telefónica de malas noticias a familiares de pacientes con coronavirus en situación de cuidados de últimos días (12) | Consejería de sanidad de la Junta de Castilla y León (2020) | - | Protocolo de salud |

| | | | |
|--|---|---|------------------------|
| La relación y la comunicación paciente – profesional sanitario en el entorno ambulatorio de oncología (13) | Prip, A et al (2018) | Cancer Nursing | Revisión sistemática |
| Comunicación con pacientes y familias en torno a temas difíciles de la atención del cáncer mediante el programa de estudios COMFORT Communication (14) | Wittenberg, E et al. (2018) | Semin Oncol Nurs | Revisión sistemática |
| Comunicación durante el cáncer infantil: revisión sistemática de las perspectivas de los pacientes (15) | Lin, B et al (2020) | ACS Journals | Revisión sistemática |
| Impacto de la comunicación entre el proveedor y el paciente en la adherencia al cribado del cáncer (16) | Peterson, E. B et al (2016) | Preventive Medicine | Revisión sistemática |
| Estrategias e instrumentos de comunicación con pacientes en ventilación mecánica invasiva (17) | Ortega Chacón, V Martínez Díaz, Daniel (2017) | Revista española de comunicación en salud | Revisión bibliográfica |
| Comunicación con pacientes críticos conscientes y ventilados mecánicamente (18) | ten Hoorn, S et al (2016) | Critical Care | Revision sistemática |

| | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| Morir bien informado: la necesidad de una mejor educación clínica que facilite las conversaciones al final de la vida (19) | Sutherland, R (2019) | YJBM | Estudio cualitativo, descriptivo. |
| Intervención del humor en la interacción enfermera – paciente (20) | Mota Sousa, L.M et al (2019) | Revista brasileña de enfermería | Revisión de alcance |
| Resultados físicos y mentales positivos para los residentes en centros de enfermería que utilizan música (21) | Milesky, M et al (2019) | Clinical Interventions in Aging | Revisión sistemática |