



Universidad de Valladolid

GRADO EN ENFERMERÍA  
*Trabajo Fin de Grado*



**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Enfermería**

**GRADO EN ENFERMERÍA**

**Curso académico 2013/14**

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

**COMUNICACIÓN ENFERMERO/A - PACIENTE**

**Autora: Alba González Gómez**

**Tutora: Dra. D<sup>a</sup> Carolina González Hernando**

**UVa**

Universidad de Valladolid

## INDICE

<b>1. RESUMEN.....</b>	<b>3</b>
<b>2. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>4</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>5</b>
<b>4. MATERIAL Y MÉTODOS .....</b>	<b>6</b>
<b>5. DESARROLLO .....</b>	<b>6</b>
<b>5.1 Proceso de comunicación: definición.....</b>	<b>6</b>
<b>5.2 Importancia de la comunicación con el paciente.....</b>	<b>7</b>
<b>5.3 Necesidad de formación en habilidades sociales comunicativas ....</b>	<b>10</b>
<b>5. 4 Factores que afectan en la comunicación .....</b>	<b>14</b>
<b>5.5 Errores y barreras en la comunicación de enfermería .....</b>	<b>15</b>
<b>5. 6 Habilidades sociales clave para una comunicación efectiva.....</b>	<b>19</b>
<b>6. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA .....</b>	<b>24</b>
<b>7. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>26</b>
<b>8. ANEXOS .....</b>	<b>30</b>

## 1. RESUMEN

La comunicación es ante todo un proceso fundamental en toda relación social, es el mecanismo que regula y hace posible la interacción entre las personas. Esta revisión quiere destacar la importancia de la comunicación en la relación enfermero/a-paciente. Desde enfermería, para establecer una correcta relación de ayuda con el paciente, es necesario saber comunicarse. Para ello, se debe aprender y entrenar una serie de habilidades sociales que aseguren el bienestar del paciente en su aspecto holístico.

Una adecuada comunicación en la actuación profesional de enfermería con el paciente y su entorno, hoy en día, debe entenderse como una responsabilidad de todo profesional y como una estrategia a la hora de ofrecer un trato más humanitario. Por ello es necesario potenciar y promocionar las habilidades comunicativas en la práctica profesional de enfermería.

**Palabras clave:** Comunicación; Relación terapéutica; Enfermería; Paciente; Empatía.

## 2. INTRODUCCIÓN

Una primera aproximación para entender el concepto de comunicación es a partir de su etimología. Comunicar, según la Real Academia de la lengua Española, viene del vocablo latino *communicare*, que significa “compartir algo, hacerlo común”. Su etimología nos lleva a suponer que la comunicación es un fenómeno que se realiza como parte sustancial de las relaciones sociales.

La comunicación es un proceso fundamental en toda relación social; es el mecanismo que regula, hace posible la interacción entre las personas, y permite desarrollar un lazo afectivo que establece en el individuo la capacidad de comunicarse con otras personas. (1)

Una de las dimensiones básicas de la relación que se establece entre el profesional sanitario y el paciente es la comunicación. La relación que se establezca entre ellos tendrá como una de sus consecuencias la forma y el contenido de la comunicación, y a la inversa.

El profesional de enfermería dada la naturaleza de sus relaciones con el paciente y familiares y el carácter de los cuidados que ofrece se sitúa en posición privilegiada en el intercambio de información. Es un hecho asumido entre los profesionales de la salud, que enfermería es la profesión que más tiempo pasa con el paciente. Por ello uno de los objetivos prioritarios de este colectivo debe ser mantener una comunicación más clara, sencilla y adaptada a cada persona, la comunicación óptima debe ser empática, asertiva y adecuada a cada edad, cultura, valores y recursos de cada persona. (2)

Cada paciente tiene una forma diferente de interpretar los mensajes; sin embargo, se debe establecer una relación terapéutica o de ayuda para que el mensaje sea entendido en su totalidad. Siendo la comunicación una necesidad del paciente y de la familia, al mismo tiempo permite al paciente conocer su estado de salud y estar actualizado respecto a su enfermedad. (3)

Las habilidades de comunicación, no se han tenido en cuenta hasta hace muy poco tiempo en la planificación de los planes de estudio de los profesionales, pues se consideraba que esta capacidad no se podía aprender sino que suponía una cualidad que la persona poseía o no. (4)

Sin embargo, consultando la Teoría de la Comunicación Humana de Watzlawick, Weakland y Fisch, demuestra que en la comunicación hay habilidades de comunicación que se aprenden y se mejoran, que contribuye a aumentar la calidad de la relación entre las personas. (5)

Hoy por hoy sabemos con certeza que la comunicación se puede aprender, pero que ese aprendizaje está estrechamente relacionado con las características de la persona que aprende y, por tanto, sobre una serie de rasgos de su personalidad. Por ello, todas las personas tienen la posibilidad de aprender o mejorar las habilidades de comunicación si se sigue la metodología adecuada. (4)

La comunicación en sus aspectos verbales y no verbales es uno de los instrumentos básicos de la práctica de enfermería así como la destreza, la habilidad manual, el conocimiento científico, la observación, la creatividad, entre otros, pues permiten a la enfermera interactuar, relacionarse e implementar el cuidado de enfermería. La comunicación posibilita a la enfermera delimitar las metas de intervención y cumplir los objetivos de la enfermería como la oferta de ayuda. Y para ello, la enfermera debe dar énfasis a la habilidad de comunicarse y mantener una comunicación significativa. (6)

### **3. OBJETIVOS**

#### **Objetivo general:**

- Destacar la importancia de la comunicación como base para conseguir una correcta relación terapéutica con el paciente.

#### **Objetivos específicos:**

- Definir el papel de la comunicación en el desarrollo del cuidado integral del paciente.
- Analizar las habilidades sociales comunicativas que facilitan el proceso de comunicación enfermero/a paciente.
- Fundamentar la formación en habilidades sociales como método para ayudar a obtener un correcto proceso de comunicación.

#### **4. MATERIAL Y MÉTODOS**

Se trata de un estudio descriptivo mediante una revisión bibliográfica en las bases de datos Cuiden, Scielo, Biblioteca Virtual en Salud España, Cuidatge, PUBMED y Google Académico, además de revisión de artículos de revistas de carácter científico: Revistas de Enfermería de la Hemeroteca Cantárida CIBERINDEX, Revista Española de Comunicación en Salud, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Revista ROL Enfermería. Así como, libros de texto publicados en la última década. Las escasas fuentes bibliográficas anteriores al año 2000 fueron seleccionadas debido a su importancia en el estudio.

Los descriptores o palabras clave utilizadas en esta búsqueda han sido: “Comunicación”, “Enfermería”, “Paciente”, “Empatía” “Relación terapéutica” utilizadas indistintamente en castellano, inglés y portugués y limitando la búsqueda con el empleo de los operadores lógicos: AND, OR y \*.

#### **5. DESARROLLO**

##### **5.1 Proceso de comunicación: definición**

El acto de comunicar es un proceso mediante el cual se trasfiere una idea o mensaje desde una fuente, que se denomina emisor, a un receptor, a quien va destinado el mensaje, con la intención de modificar su comportamiento, generándose a su vez un proceso de retroalimentación o feedback que posibilite influencias recíprocas. El feedback supone la información que devuelve el receptor al emisor sobre su propia comunicación, tanto en lo que se refiere a su contenido como a la interpretación del mismo o sus consecuencias en el comportamiento de los interlocutores. No obstante, los roles de emisor y receptor se intercambiarán durante el proceso de comunicación. (4, 7)

El proceso de comunicación se realizará si se utilizan códigos similares por ambas partes, y se hará mediante la utilización de un canal, que en el caso de la comunicación interpersonal es el oral-auditivo. Para que este mensaje sea eficaz ha de promover la reflexión y el diálogo interior y exterior. (4)

El código es el conjunto de claves, imágenes, normas, etc., que sirven para transmitir la información o las ideas que constituye el mensaje. En este sentido, es necesario prestar atención dada la tendencia a utilizar excesivas siglas y acrónimos en el contexto sanitario, ya que corremos el riesgo de que nuestros pacientes no nos entiendan. Es necesario “hablar el mismo idioma” que ellos, ponerse en su lugar y explicarles las instrucciones en términos comprensibles para ellos de acuerdo con sus características psicosociales. (7)

Para que se produzca este proceso de comunicación de forma exitosa, es fundamental que el emisor, inicialmente, tenga una serie de objetivos a alcanzar, es decir el emisor se pregunte: ¿Qué es lo que quiero decir? A partir de estos objetivos se deben codificar las ideas o pensamientos que se quieran transmitir, adaptándolos al código y a las características del receptor. Tras la transmisión y recepción del mensaje, lo siguiente será la decodificación, a través de un proceso interno, y sobre la base de sus experiencias y conocimientos, se interpreta el mensaje. Independientemente de que nuestros órganos de los sentidos funcionen correctamente a la hora de captar el mensaje, el saber escuchar constituye un gran paso para realizar una correcta interpretación del mensaje. El receptor se preguntará ¿Qué me ha querido decir? La intención se ajusta a la interpretación que hace el receptor sobre los objetivos del emisor, y si el proceso de comunicación se ha desarrollado adecuadamente la intención coincidirá con los objetivos. Sin embargo, la mayoría de las veces objetivos e intención no coinciden. (4)

Feedback es el último de los elementos que forma parte de este proceso. Consiste en la atención a los signos que va percibiendo el emisor del receptor, que servirá de ayuda para evaluar la calidad de la información recibida y el significado aparentemente percibido, como sería realizar movimientos afirmativos con la cabeza y así, mostrar al paciente que le estamos escuchando y atendiendo. (4, 8)

## **5.2 Importancia de la comunicación con el paciente**

La comunicación es una necesidad y una característica intrínseca de los seres vivos, cuya importancia se ve reflejada también en el mundo sanitario. Toda relación asistencial implica necesariamente una relación interpersonal, en la

que los aspectos comunicativos son considerados como una de las piezas claves. (9)

En el “Decálogo de los Pacientes” de la Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes de 2003 se reclamó que la relación profesional sanitario-paciente debía estar basada en la confianza y respeto mutuo. Además se abogó por la implicación de los pacientes en la toma de decisiones clínicas y por la necesidad de formación y entrenamiento en habilidades de comunicación de los profesionales sanitarios. (10)

Derivado de esto, la Organización Mundial de la Salud (11), al identificar las áreas de riesgo dentro del hospital en el año 2004, determinó seis acciones básicas denominadas Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente (MISP), en las que se detectaron áreas problemáticas y se describieron soluciones a los problemas, basándose en evidencias y en el conocimiento de expertos. Entre ellas, la segunda meta es mejorar la comunicación efectiva, determinándola en todo el proceso de hospitalización y promoviendo mejoras específicas en cuanto a la seguridad del paciente. (12)

En el Código Deontológico de Enfermería en España en su Capítulo II: Artículo 10, establece que: “Es responsabilidad de la enfermera/o mantener informado al enfermo, tanto en el ejercicio libre de su profesión como cuando éste se ejerce en las instituciones sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo”. (13)

Además, dentro de la ley 41/2002, de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Capítulo I: Principios generales. Artículo 1. Ámbito de: aplicación. Punto 6 constituye:

“Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado, no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente”. (14)

Por lo tanto, podemos dar información referente a todas las actuaciones de las cuales somos responsables, sobre lo que tenemos conocimiento, la habilidad y la destreza para su desarrollo. El objetivo principal del proceso de informar es



establecer una relación de confianza o una relación terapéutica para mejorar la atención, siendo por tanto deber de la enfermería. (15)

Según NANDA, la comunicación (Nanda 00157) responde a la necesidad de seguridad y comunicación que tiene el paciente y familia, mejorar la comunicación (NOC) es el propósito perseguido por los profesionales de enfermería, a través de la formación para la competencia profesional, y en el diseño y desarrollo de programas de comunicación, teniendo en cuenta las aportaciones de pacientes y familia, integrados en los cuidados de enfermería al ingreso (NIC). (16, 17) (Ver Anexo I).

En el ámbito de los servicios sanitarios son muchos los problemas que se originan cuando la comunicación es mala, apresurada e impersonal:

- La causa más importante de insatisfacción de los pacientes hospitalizados es la falta de comunicación con el personal del hospital, lo que les lleva a percibir el ambiente hospitalario como un estresor, con las consecuencias negativas que esto conlleva para la recuperación y restablecimiento de su nivel de salud.
- Aproximadamente un 30-50% de los pacientes no muestran adhesión al tratamiento a consecuencia de una deficiente comunicación con el profesional sanitario.
- La falta de información sobre los procesos de enfermedad provoca un retraso en la búsqueda de tratamiento y un agravamiento de dichos procesos.
- Una deficiente comunicación entre el profesional y el usuario suele dar lugar a que este último olvide las instrucciones del primero, en detrimento como es lógico de su recuperación.
- El establecimiento de una adecuada interacción entre profesional y los usuarios de los servicios sanitarios, garantiza la adopción de medidas y estrategias preventivas por parte del usuario, evitando así problemas futuros.

Todo ello, avala la importancia que tiene la comunicación en el análisis de la relación profesional de la salud-paciente en el proceso terapéutico, pues no es más que un proceso de interacción e influencia social cuyo objetivo es la mejoría del enfermo, y la consecución de dicho objetivo va a depender en gran medida de esa relación. (18,19)

Por último, la comunicación con el paciente propiciará una relación terapéutica o de ayuda con cuidados holísticos a cada uno de los pacientes. Además la relación enfermera-paciente como relación de ayuda, proporciona el cuidado con una identidad y la distingue de otras profesiones. (12, 20)

No obstante, para que haya una buena relación de ayuda debe estar cimentada en un buen conocimiento de las habilidades de comunicación y éstas no son siempre bien conocidas. Por ello, si no se lleva a cabo el proceso de comunicación de forma efectiva se considera en muchas ocasiones que la relación de ayuda quema, sin embargo la relación de ayuda no quema, llevada a cabo de forma efectiva es vivificante. (21)

### **5.3 Necesidad de formación en habilidades sociales comunicativas**

La presentación de una atención de calidad por parte de los profesionales sanitarios no sólo requiere tener una correcta preparación científico-técnica sino que además, es imprescindible disponer de unas habilidades comunicativas que permitan enfrentarse con ciertas garantías de éxito a cualquier situación con la que se puedan encontrar durante su relación con el paciente.

La promoción de habilidades sociales y técnicas comunicativas en los enfermeros es fundamental para cualquier iniciativa sanitaria. Su condición de profesional al lado de los pacientes las 24 horas del día, todos los días del año, le otorga un rol de privilegio en su relación con los pacientes; favorecer una adecuada comunicación en esta relación, es una estrategia idónea para aumentar el nivel de calidad de atención de enfermería a la vez que para elevar el nivel de satisfacción y confianza que depositan los pacientes. (4)

Teniendo en cuenta lo anterior, debemos obviar caer en el tópico (muy extendido en el área de enfermería) de que el saber comunicarse es un arte más que una técnica y, por ende, no susceptible a encuadrarse dentro de un proceso de enseñanza-aprendizaje. Sino que, se parte del supuesto básico que la comunicación interpersonal es un proceso en el que se integran distintas capacidades de respuesta (entre ellas verbales, no verbales, perceptivas, cognitivas, etc.) que pueden ser aprendidas y/o modificables mediante el entrenamiento. (18)

La comunicación se puede aprender, pero ese aprendizaje está estrechamente relacionado con los rasgos de la personalidad de la persona que aprende. El estar presentes estos rasgos en mayor o menor grado en las diferentes personas, supondrá que el aprendizaje resulte más o menos complicado, pero en ningún caso imposible. En cualquier caso, al margen de los rasgos de la personalidad, con un entrenamiento adecuado, suficientemente motivados y dedicando tiempo y esfuerzo, se puede llegar a aprender las claves de la comunicación, resolviendo así con facilidad situaciones conflictivas en aspectos profesionales. (4)

Sin embargo, en España, la dimensión comunicacional de los profesionales de la salud no se contemplaba por las universidades y escuelas como un área integral del currículo hasta la implantación del Grado en Enfermería.

En efecto, el desarrollo de la docencia ha sido focalizado a un nivel de posgrado, siendo en pregrado mucho menos numeroso a lo que deberían ser, y casi siempre como asignaturas optativas o como anexo a otras materias formativas. (4, 22)

En el ambiente hospitalario es frecuente observar que todo el personal tiene un ritmo de trabajo acelerado; sin embargo, la comunicación no puede ser escasa, debe ser constante para que permita a los miembros del equipo de salud realizar sus actividades de manera que el paciente reciba de ellos atención con calidad. (12)

El aprendizaje del rol profesional exige conocimiento y dominio de un conjunto perfectamente delimitado de habilidades específicas, bien cognitivas, bien

técnicas; pero, así mismo requiere, en mayor o menor medida, determinadas habilidades sociales (HS). No es extraño que la ausencia de HS por parte de un profesional provoque la insatisfacción de un paciente, y que esta relación insatisfactoria afecte negativamente al resto de las competencias técnicas de profesional (el paciente pone en duda la competencia técnica del profesional). Tampoco es raro lo contrario: una buena relación profesional-paciente puede suplir deficiencias técnicas y convertirse en el principal método para alcanzar determinados objetivos profesionales (como puede ser la recuperación del paciente). (18)

Asimismo, el profesional de enfermería puede albergar determinadas concepciones que pueden provocarle emociones negativas, como son: miedo a dañar al paciente; miedo a tratar determinados temas desagradables; miedo a perder el control de la situación; miedo a la estima recibida del paciente; sentimiento de inadecuación en el rol sanitario; ansiedad de hacerlo bien y cumplir con las expectativas; miedo a padecer el mismo problema que el paciente. (18, 23)

Emociones éstas que provocan la realización de determinadas conductas, como: evitación de ciertos temas; control sobre el paciente (interrupciones inapropiadas, etc.); tentativas de agradar; distanciamiento o no asumir responsabilidad; falta de respeto o sensibilidad; actitud seductora, etc. (23)

El control de estas variables emocionales y racionales en el profesional de la salud que está en contacto directo con los pacientes es una de las preocupaciones que debe presentar la educación/formación de los estudiantes de las ciencias de salud. (18)

Comparado con el aprendizaje de otras materias, en la formación en habilidades sociales comunicativas, no existe un techo de aprendizaje en comunicación. No se llega a ser experto en comunicación, nadie podrá decir lo sé todo, de manera que después se trate simplemente de mantener el manejo de las habilidades. Comunicar a nivel de competencia profesional envuelve un conjunto de habilidades complejas e interrelacionadas y aprenderlas, mantenerlas y mejorarlas es una tarea de toda la vida. (22)

La comunicación y sus habilidades sociales están relacionadas al concepto de sí mismo y a la autoestima. Las personas perciben la forma en que se comunican como una parte de cómo son, de cuánto se valoran a sí mismos. La enseñanza sobre comunicación puede presentar una amenaza a la propia intimidad del estudiante y hace aún más importante la necesidad de crear un ambiente de aprendizaje que favorezca un clima de confianza. (22)

La experiencia por sí sola puede ser un mal profesor en comunicación. Aun cuando es una excelente reforzadora de los hábitos, la experiencia tiende a no discriminar entre buenos y malos hábitos. Muchas competencias se aprenden mejor a través de modelos. (22)

El aprendizaje de habilidades de comunicación efectiva requiere una enseñanza formal, no solamente aprendizaje por experiencia. Se considera que 5 elementos serán necesarios en ésta: definición y comprensión de las habilidades; observación de los estudiantes ejecutando sus habilidades; feedback o retroalimentación; práctica o ensayo de las habilidades; evaluación. (24) (Ver anexo II)

La definición y comprensión de las habilidades que serán aprendidas es una parte muy importante para fijar límites a los estudiantes. Sin embargo, el conocimiento por sí mismo no se traduce directamente en hechos. Ser capaz de comprender no es lo mismo que ser capaz de hacer. Si realmente se quiere mejorar la comunicación con el paciente, se tiene que asegurar no solamente que los estudiantes y profesionales conozcan las habilidades que permiten que la comunicación sea efectiva, sino que además practiquen dichas habilidades; y, por último, que utilicen en su quehacer diario una comunicación efectiva. (22)

Los nuevos métodos de observación de la entrevista –Ya sea directamente, usando salas con espejos unidireccionales; o indirectamente, observando una filmación de la entrevista- permiten que la observación se desarrolle no solo de manera más discreta, sino también menos invasiva tanto para el paciente como para el estudiante que sentarse en la consulta o al lado de la cama. Además, el uso de pacientes simulados y/o role-play permite moldear la relación enfermero-paciente con fines docentes, por ejemplo, interrumpiendo, repitiendo

la entrevista o representando la entrevista o representando situaciones difíciles. (22)

El reflexionar mediante una retroalimentación entregada de forma específica sobre sus conductas observables permite al estudiante darse cuenta, reconocer y mejorar su competencia relacional. Por otro lado, si la entrevista ha sido grabada, el entrevistador puede observarse a sí mismo, lo que constituye una potente herramienta para el autoaprendizaje y la autoevaluación. (22)

Sin embargo se han demostrado en diferentes estudios (1, 26) que la formación en comunicación es deficiente para llevar a cabo una buena relación enfermera-paciente. (12)

En el estudio realizado por la Universidad Nacional de San Marcos, Lima (26) en el cual se evaluaba la comunicación y las habilidades sociales de médicos graduados, se identificaron deficiencias en: obtención de información psicosocial, evaluación de competencia en la información al paciente, comunicación no verbal y manejo de emociones. El profesional sanitario, como tutor del paciente, toma la decisión por éste, asume que los valores del paciente son consistentes con los de él y la autonomía del paciente se reduce a consentir con las recomendaciones del profesional de salud. (27)

Es importante marcar que muchos de los entrevistados señalaron como limitante el factor tiempo. (26) Por ello, también es necesario tener en cuenta todos los factores que afectan en la relación que se mantienen con los pacientes. No obstante, si la formación a los profesionales de la salud no ofrece la manera de superar barreras para ejercer conscientemente, ni preparación específica tanto para comunicar como para reflexionar, la capacidad para lograr mutua subjetividad y verdadera comprensión hacia los pacientes puede verse mucho más limitada. (28)

#### **5. 4 Factores que afectan en la comunicación**

La relación enfermera-paciente se ve cada vez más afectada por la barrera que establece la tecnificación del entorno, los procedimientos y diagnósticos de los que el paciente apenas tiene noticia y la misma imagen de bata blanca que

impiden una comunicación más fluida y abierta. Por otro lado, existe una tendencia creciente hacia la especialización y la investigación; así, a veces nos importa más el caso clínico del paciente, que el paciente en sí, dejando a un lado la atención de sus necesidades básicas y el cuidado integral que requiere. (29)

Un segundo factor que dificulta el acercamiento de los profesionales a los enfermos es la limitación del recurso humano y la falta de tiempo, porque en la mayoría de las instituciones hay poco personal, al que además se le asigna un gran número de pacientes y funciones. (29) Establecer una comunicación plenamente humana entre enfermera y paciente requiere tiempo, como lo explica Jovell. (30)

Otro factor que afecta a la comunicación con el paciente, es la errónea interpretación que se pueden realizar de conceptos como el de la atención integral del paciente. Para algunos, significa realizar en el paciente todos los procedimientos que necesite sin importar lo que él sienta o piense al respecto; mientras que la atención integral debe incluir la información y la comunicación con el paciente y su familia. (29)

Además se suma la dificultad de coordinación entre profesionales, especialistas y entre niveles asistenciales; a veces, la delimitación del campo profesional está basada más en criterios corporativos que en las necesidades de los pacientes (29).

### **5.5 Errores y barreras en la comunicación de enfermería**

Es importante el conocimiento de la existencia de las barreras y la forma de hacerles frente por el hecho de que el objetivo de todo emisor, al margen de cualquier otra circunstancia, es que el mensaje llegue a su interlocutor, evitando el mayor número posible de distorsiones y para ello es preciso evitar cualquier tipo de barrera que se interponga en el proceso de comunicación, con el fin de conseguir una comunicación lo más efectiva posible. A partir del conocimiento de las posibles dificultades, se puede plantear su control en mayor o menor grado. (4)

### **5.5.1 Errores debidos al profesional de enfermería en el papel de emisor**

Las barreras debidas al profesional de enfermería como emisor se refieren a aquellas que tienen que ver con la persona que en un momento ejerce ese rol de emisor. Este tipo de barreras se pueden agrupar en dos grandes bloques que serían los siguientes:

- a) Relacionadas con el código a utilizar en el proceso de comunicación por parte del profesional de enfermería.
- b) Relacionadas con la habilidad para comunicar del profesional de enfermería.

Entre las primeras, se encuentra, por un lado, la falta de un código común con el receptor, ya sea por desconocimiento o por mal uso. Al margen de las posibles causas, la utilización de un código que realmente resulte compartido es imprescindible para que exista la posibilidad de comunicación. (4)

En el terreno sanitario, cada vez es mayor el uso de términos técnicos, siglas, etc. Aunque para el profesional sean conocidas y habituales, no es así en el caso de los ciudadanos, sean éstos pacientes o familiares. Además es importante tener en cuenta las dificultades que existen por parte de los pacientes para preguntar cuando no entienden algo, con lo que es frecuente encontrar numerosos errores y falsas expectativas por problemas relacionados con el código. También hay que tener en cuenta que una gran parte de la sociedad tiene un relativo conocimiento de términos técnicos sanitarios, aunque no necesariamente su correcto significado. (4, 7)

Relacionado con esto, muchas veces se observa como los pacientes se dirigen a los profesionales de enfermería en lugar de a otros profesionales implicados en su tratamiento o atención. Esto es así por el hecho de que pese a existir grandes diferencias en el conocimiento del código, éstas son mucho menores que con otros profesionales, además de percibirse habitualmente como mucho más próximo al profesional de enfermería, todo ello combinado con los conocimientos científico técnicos. (4, 7, 12)



Con relación a las barreras relacionadas con la habilidad de la persona, primero se encontraría la falta de habilidades concretas de comunicación (adivinar el pensamiento o interrumpir, suponer que el receptor ya conoce algo, no preguntar, etc.) En segundo lugar, nos referiríamos a las actitudes o prejuicios, creencias y valores relacionadas con la persona y su historia de aprendizaje, lo que puede suponer no valorar el punto de vista del otro, prejuzgar a los otros, no escuchar, etc. (4)

Tratar de adivinar o interrumpir, supone básicamente no dejar que la otra persona termine de hablar y “adivinar” lo que quería para darle solución antes de que lo plantee. “Adivinar” supone, por una parte, incrementar la probabilidad de error. Ni siquiera cuando se sabe que es lo que el otro quiere y se da la solución, hay que permitir que la persona se exprese. No hay que olvidar que para ellos no es una situación habitual y muchas veces supone un gran esfuerzo preparar los mensajes, con lo que si no se permite su emisión, se contribuirá a la insatisfacción de la persona con la atención recibida, al margen de que se haya resuelto la demanda planteada. Además dejar expresarse es la mejor manera de alcanzar un conocimiento completo de la persona con quien se comparte la interacción comunicativa y es la mejor forma de ganarse su respeto y confianza. Sólo interrumpir cuando no se entienda algo importante, cuando se pierda el hilo de la información, o cuando el paciente divague de manera exagerada. (4, 31)

En otro orden de cosas, se van a dar situaciones en las que el paciente sea la primera vez que se encuentra en una determinada situación o que tiene que someterse a una serie de pruebas o prácticas determinadas. No se puede dar nada por supuesto y el recurso para ello nuevamente va a ser el mismo: Hay que preguntar y escuchar de forma activa, para posteriormente dar la respuesta adecuada en cada situación y proceder de la forma que sea más conveniente. Sólo desde el conocimiento de lo que la otra persona espera o sabe, se va a poder realizar la explicación adecuada en cada momento y paciente. (4)

Por otra parte, otros aspectos relacionados con la habilidad personal tienen que ver con la presencia de actitudes negativas hacia cualquiera de los elementos

de la comunicación (el paciente, contexto, tema, etc.) que provocan reacciones emocionales que contaminan el mensaje. Todas las personas tenemos nuestros propios filtros o actitudes, prejuicios, creencias y valores propios. Ahora bien, cuando se trata de actuación profesional, se debe tener un cierto nivel de madurez y autonomía suficientes para ser capaces de dejar de lado esos matices, evitando lo que supone no valorar el punto de vista del otro, prejuizar, no escuchar etc. El juicio emitido sobre otra persona impele a ésta a asumir una actitud defensiva y la invita a buscar justificaciones. A la hora de analizar hechos problemáticos es conveniente hacerlo desde la concreción objetiva de los comportamientos, los momentos y las consecuencias, más que generalizar y emitir juicios de valor sobre la persona del paciente. Se debe tratar y atender a todos los pacientes por igual, de forma independiente a su procedencia, aspecto, patología, etc. (4, 31)

#### **5.5.2 Errores debidos al profesional de enfermería en el papel de receptor.**

Las barreras relacionadas con el paciente se refieren a aquellas que tienen que ver con el profesional que en un momento dado hace el papel de receptor. (4)

Existen dos tipos distintos de posibles problemas. Los primeros, los relacionados con la habilidad personal y el segundo la falta de feedback o retroalimentación en la comunicación. (4)

Relacionadas con la habilidad personal, en primer lugar se encuentra la falta de habilidades concretas de comunicación. En este sentido, se puede incluir situaciones tales como prejuizar el mensaje, interpretarlo incorrectamente, no prestar atención al mensaje y, en general todo lo relacionado con la falta de escucha adecuada. Por ello hay que escuchar siempre para comprender al otro y no estar pensando qué es lo que se va a decir cuando el otro acabe de hablar. (4,31)

También nombrar la importancia de atender no sólo al contenido del mensaje sino también a los sentimientos y necesidades de la persona. Esto significa atender no sólo al mensaje sino también a la persona. El profesional ha de ser plenamente consciente de que se encuentra ante una persona completa y no sólo ante una colección de datos laborales. Las personas tienen sentimientos y

actúan en función de ellos, como también lo hacen en base a sus pensamientos, opiniones, temores, creencias,... El profesional sanitario debe aplicar unos procedimientos terapéuticos ante un individuo completo y complejo, con reacciones psicológicas complejas y, a menudo, imprevisibles, lo cual convierte su labor terapéutica en algo más intrincado que lo que significaría reparar un elemento tecnológico inerte. (31)

Estos problemas se pueden disparar cuando el profesional de enfermería sufre, en mayor o menor grado, lo que se denomina “estar quemado” o “síndrome de burn out”. (4)

Además de lo anterior se encuentra la ausencia del feedback o retroalimentación, no planteando preguntas de aclaración por diversos motivos (sea de tiempo o de interés), lo que en parte está relacionado también con la falta de utilización de la escucha de forma idónea. Esta falta de retroalimentación impide que la comunicación sea bidireccional, con lo que aunque sea más rápida, es de mucha menor calidad presentando mayor número de errores lo que habitualmente hace que el tiempo ganado al emplear la comunicación unidireccional se pierda al haber resultado inútil y tener que repetirse. (4)

## **5. 6 Habilidades sociales clave para una comunicación efectiva**

Comunicación eficaz se denomina al proceso comunicativo en el que emisor y receptor lleguen a un significado común es decir, que el receptor llegue al mismo significado que pretende expresar el emisor (31). Para poder alcanzar una comunicación eficaz, como ya se señalaba con anterioridad, es necesario conocer, comprender y aplicar ciertas habilidades sociales comunicativas. Éstas son algunas de las más esenciales:

### **5.6.1 Modelo centrado en el paciente y toma de decisiones compartida.**

Últimamente debido al enfoque economicista del sistema sanitario, a las condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería y a la falta de formación de éstos en lo relacional, tiende a existir una “enfermería centrada en el profesional de enfermería”. En este tipo de enfermería se ha creado una

situación un tanto complicada, en la cual los cuidados están centrados en lo que hacen y en lo que necesitan los profesionales de enfermería y los médicos. La enfermedad, sus interpretaciones y sus significados están vistos desde el punto de vista de los profesionales y no desde los que viven esa experiencia en sus vidas. (32)

El profesional sanitario considera al paciente incapacitado para poder decidir sobre su propia situación. En muchas ocasiones la actitud del profesional enfermero se caracteriza por no dar ninguna información al paciente sobre lo que se le realiza, y resta importancia a su situación de enfermedad con el propósito de evitarle sufrimiento, pero dejando al paciente sin poder decidir, por desconocimiento de la realidad sobre temas que atañen a su salud. (12, 32)

No sólo deben ser sujetos receptores pasivos a los que se debe aplicar un tratamiento y unos cuidados, sino también se tiene que propiciar el ambiente y clima de confianza adecuado para que puedan comunicar, de forma abierta y sincera, sus necesidades, sus miedos, sus incertidumbres, en resumen, todos los sentimientos de su escala afectiva. Esta confianza se traduce en una mayor implicación y motivación del paciente en su proceso de recuperación. A través de una comunicación adecuada, el profesional de enfermería establece un estado de confianza con el paciente que contribuye a que su paso por un centro sanitario sea lo menos traumático para él y para sus familiares y/o acompañantes. (4)

No se debe olvidar que para poder decidir es necesario conocer. Los pacientes no pueden participar en la toma de decisiones si no están correctamente informados. La información de este modo, permite organizar los cuidados según las prioridades del paciente y además dar libertad y autonomía en sus decisiones con respecto a su enfermedad. (19,33)

El protagonista es el paciente y nuestras dificultades no deben entorpecer la comunicación. Identificar las preocupaciones del paciente nos acerca a su dolor y esto puede acarrear un coste personal al profesional. Sin embargo, acompañar al paciente en su enfermedad de manera integral significa esfuerzo y estrés al principio, pero tras adquirir las habilidades necesarias, resulta muy

satisfactorio porque permite vivir emociones muy intensas con el paciente, la familia y nosotros mismos. (33)

Valverde (32) propone una relación de ayuda mediante la comunicación, por medio de la cual, el paciente pueda ir explicando su experiencia de la enfermedad para así dar nuevos significados, contenido y perspectiva a su experiencia. Para llevar a cabo esto, el paciente necesita contar, narrar y ser escuchado con habilidad por nuestra parte, lo cual le ayudará a salir de sí mismo y hacer suya la experiencia. A medida que el paciente verbaliza su experiencia, la enfermedad adquirirá un significado más claro para el paciente, y su implicación en la relación de ayuda será central. (32)

### **5.6.2 Organización del tiempo.**

El tiempo es sin duda algo considerado muy valioso, pese a que muchas veces se convierte en el principal enemigo y en fuente de frustración y ansiedad. El personal de enfermería se siente con frecuencia abrumado por las responsabilidades, lo que genera sentimientos de estar desbordado por las demandas y de incumplimiento de lo que se tenía que hacer. (4)

Para organizar bien el tiempo se tiene que empezar por realizar un auto-registro u auto-observación sobre el tiempo que se dedica a diferentes actividades. La finalidad es poder determinar posteriormente si se desea invertir más o menos tiempo del empleado. (4)

Para organizar el tiempo se proponen varias estrategias:

- a) Delegar responsabilidades lo que implica superar tendencias perfeccionistas.
- b) Saber decir no y rechazar demandas inesperadas o desmesuradas por parte de otros que impidan completar las actividades planteadas.
- c) Ajustarse a los planes previstos, lo que implica estructurar las actividades diarias de modo que puedan llevarse a cabo las más importantes. Esto se ve facilitado por el establecimiento de prioridades que se desglosan en distintos pasos para facilitar su realización.

Es decir, se deben establecer prioridades a corto, medio y largo plazo y se planifica el horario y diario semanal. (4, 8)

### **5.6.3 Escucha activa**

Un elemento clave para una comunicación eficaz es la escucha activa. Saber escuchar es saber oír, analizar y comprender la información que nuestro interlocutor transmite, tanto a nivel verbal como no verbal. (Ver anexo III). Las características de una escucha activa y eficaz son:

- *Empatía*. Consiste en ponerse en el lugar del paciente y posicionarse desde la perspectiva ajena y no desde la propia, con la finalidad de comprender los sentimientos y situaciones de la otra persona. (4, 31)

No se trata de mostrar alegría, ni de ser simpático. Ser empático tampoco significa compartir obligatoriamente, ni disculpar lo que no es adecuado, sino comprender que las circunstancias de cada persona condicionan enormemente su comportamiento particular. (4, 31)

Para saber cómo asume el paciente el cuidado, es necesario ponerse en su lugar, tal como lo propone Virginia Henderson (34). La enfermera deberá esforzarse en comprender al paciente cuando éste no posea la voluntad, la conciencia o la fortaleza necesaria; la enfermera debe “ponerse en su lugar” es decir, por unos momentos adoptar el papel del enfermo, e intentar vivir de cerca esa situación de incertidumbre. (29)

- *Aceptación incondicional del otro*. Implica reconocer al individuo como una persona valiosa, ello supone respetar y aceptar al paciente como persona total, tal y como es, sin entrar en valoraciones críticas o éticas a cerca de su forma de ser o sentir. (4)

Para conseguir una escucha activa se debe procurar un clima físico agradable, con cierto grado de privacidad. (4)

La escucha activa con el paciente implica permitir que hable de todo lo que desee hablar. Que nuestra incomodidad, nuestro miedo o nuestra falta de

habilidades no sean causantes de su silencio. Se facilitará la expresión de temores, deseos, dudas y demás mediante:

- Repetir de forma afirmativa lo último dicho por él.
- Cambiar por sinónimos lo que el paciente haya dicho.
- Clarificar lo dicho mediante una pregunta.
- Señalamiento emocional: decir frases que muestran emociones o sentimientos del paciente y le invitan a hablar de cómo se siente realmente.
- Baja reactividad, dejar que sea el paciente el que va hablando sin interrumpirle en su discurso, para evitar que algo importante se quede sin decir.
- Los silencios, permiten al paciente reflexionar sobre lo dicho por él mismo y expresar emociones y, finalmente, le hace sentirse acompañado. (33)

#### **5.6.4 Comunicación no verbal.**

Se considera comunicación no verbal aquella en la que no interviene para nada la palabra, resultando prácticamente inevitable su uso siempre que se produzca de forma presencial. La comunicación no verbal es especialmente útil para transmitir emociones y, como es menos controlable, también transmite sentimientos aun cuando se desean esconder. (4)

No es tan importante qué es lo que se dice, sino cómo se dice. Muchas veces una simple mirada, un gesto o una mueca, son más reveladoras que un discurso de varios minutos. (4, 8)

En la relación profesional de enfermería- paciente ha cobrado una especial relevancia las señales no verbales que se producen durante todo el proceso de comunicación. Hay que tener en cuenta, que en muchas ocasiones cuando el enfermo acude al hospital o al centro de salud está preocupado y ansioso y esto dificulta que se exprese con claridad. Es por ello que resulta muy

importante que se preste especial atención a todas las señales no verbales con las que el sujeto acompaña su mensaje, porque nos van a proporcionar mucha más información sobre cómo se siente realmente, que sus palabras. (4, 35)

Además, la comunicación no verbal sirve para definir la relación que se establece entre los interlocutores, y ayuda a confirmar o no los mensajes, es decir, sirve para clarificar o contradecir la comunicación verbal. La comunicación no verbal se expresa fundamentalmente a través de la mirada, del tono de la voz, de la postura, de la expresión facial, de los movimientos, del contacto físico, del volumen, etc. (4). (Ver anexo IV).

No obstante, el profesional de enfermería debe estar atento a su propia comunicación no verbal, ya que de la conducta no verbal del terapeuta depende en gran medida que el paciente le considere como una persona experta que puede ayudarlo, así como el grado de colaboración de éste en el tratamiento. (4, 29)

## **6. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA**

Después de la revisión bibliográfica, se ha analizado el importante papel que la comunicación juega en el cuidado del paciente y cómo una relación terapéutica efectiva se logra con el conocimiento de habilidades sociales.

El entrenamiento y aplicación de unas habilidades sociales sólidas es fundamental para conseguir el bienestar del paciente. Éstas son necesarias para establecer una comunicación efectiva. (18, 19)

A pesar de la gran importancia demostrada en el uso de habilidades sociales para una relación terapéutica eficaz con el paciente, es una gran asignatura pendiente en el día a día del cuidado enfermero. La enfermera tiene la obligación ético-profesional de escuchar para aprender, para atender, para acompañar. En definitiva: para cuidar. (36)

En la misma medida que en el currículum académico del profesional de enfermería se contemplan los métodos encaminados al desarrollo de



habilidades técnico-sanitarias, se deberían incluir más procedimientos que capaciten al sujeto para establecer, mantener y mejorar sus relaciones con los pacientes. (18)

Bajo esta premisa Peplau advierte que su preocupación fundamental, en lo que concierne a una escuela o Universidad de Enfermería, no es pensar primero en el paciente, sino contribuir con desarrollo gradual de cada alumno orientándolo hacia la formación de una madurez que le permita realmente “cuidar” al paciente. Para cumplir con esta premisa se requiere que los profesionales de enfermería estén preparados en esta relación enfermera-paciente. Con ello mejorará la calidad en la atención, será más holística, humanizada y personalizada. En resumen, la comunicación con el paciente es la base de todos los cuidados de enfermería. (37)

El profesional de la enfermería debe establecer una relación profunda con el paciente en la que se observa, se conversa y se ahonda en su biografía tratando de comprender a la persona en toda su magnitud y de detectar sus necesidades reales. En este tipo de interacción hay reciprocidad, el enriquecimiento, sin duda, va a ser mutuo. El profesional se nutre de las experiencias del otro, se enriquece con cada contacto y extrae enseñanzas que, muchas veces, trascienden lo profesional obteniendo beneficios más ligados al campo de los valores humanos y espirituales, evitando así, con este tipo de relación el temido burn-out o desgaste profesional. (38)

Como limitaciones al presente trabajo se destaca la escasa cantidad de investigaciones realizadas donde la comunicación sea la base en la relación enfermera-paciente, tratando en su mayoría de investigaciones donde la comunicación es la base en la relación médico-paciente. Siendo necesaria una mayor amplitud de trabajos a analizar para futuras investigaciones. Ayudando así a un mayor conocimiento en dicho campo.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Noreña, P; Cibanal, JL; Alcazar, MN. La interacción comunicativa en el cuidado de la salud. Rev Esp Com Sal. 2010 Enero; II (3):. 113-129
2. Colegio de Enfermería de Madrid (2007). La comunicación es imprescindible en el manejo del paciente. Tribuna sanitaria. 201, 8-11.
3. Pinzón S. El plan de alta: una herramienta para el cuidado integral y la recuperación de la persona enferma. [Online]; 2005 [Citado: 2014 Febrero 15]. " El plan de alta: una herramienta para el cuidado integral y la recuperación de la persona enferma"; 2005. Disponible en: <https://promocionsalud.ucaldas.edu.co/dolados/revista.php>
4. Van-der Hofstadt Román CJ, Quiles Marcos Y, José QSM. Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería, Conselleria de Sanitat. Primera ed. Valencia: Generalitat Valenciana; 2006.
5. Watzlawick P, Weakland JH, Fisch R. Teoría de la comunicación humana. Trad. esp.1993.. Primera ed. Barcelona: Herder; 1985.
6. Rocha Oliveira T; Faria Simões SM. La comunicación enfermera-cliente en el cuidado en las unidades de urgencias 24h: una interpretación en Travelbee. Enferm. glob. [Online]. 2013 Abr [citado 2014 Abr 15]; 76-90, 12(30). 2014 Febrero; 20(30).
7. Van-der Hofstadt, CJ; Navarro, F. Las habilidades de la comunicación como elemento básico en la formación del médico. Semergen. 2004 Noviembre; 30(11).
8. Van-der Hofstadt, CJ. Taller de habilidades de comunicación. In Mejora las habilidades de tus estudiantes; 2002; Elche: Universidad Miguel Hernández. p. 43-46.
9. Martí-Gil, C; Barreda Hernández, G; Marcos-Pérez, G; Barreira-Hernández, D. Counseling: Una herramienta para la mejora de la comunicación con el paciente. Farmacia Hospitalaria. 2013 Marzo; III(37).
10. Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes. Decálogo de los Pacientes (2003). [Online].; 2003 [Citado 2014 Febrero 15. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/bibliotecadedocumentos/Documents/Declaraciones%20nacionales/dec%C3%A1logo%20de%20los%20pacientes.pdf>

11. Organización Mundial de la Salud (OMS). Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente. [Online].; 2004 [Citado 2014 Marzo 10. Disponible en: "<http://www.metas:internacionales.sp.gob.mx.pdf>"]
12. Alba-Leonel A, Fajardo-Ortiz G, Tixtha López E, Papaqui-Hernández J. La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria. [Online].; 2012 [Citado 2014 Marzo 10. Disponible en: "<http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>"]
13. Código Deontológico de la Enfermería Española. [Online].; 2003 [Citado 2014 Febrero 23]. Disponible en: "<http://www.cienciasdelasalud.us.es/enfermeria/documentos/codigo-deontologico-de-enfermeria.pdf>"
14. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [Online].; 2002 [Citado 2014 Febrero 23]. Disponible en: "<http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>."
15. Pérez Fernández, MC; Najarro Infante, F; Dulce García, MA; Gallardo Jiménez, N; Fernández Fernández A. Comunicación: Una necesidad para el Paciente-Familia. Una competencia de Enfermería. Páginasenferurg.com. 2010 Oct; I(3).
16. Bulechek, GM; Butcher, HK; Dochterman, JM; Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) Quinta Ed. Barcelona, España: Elsevier Mosby; 2009.
17. Moorhead, S; Johnson, M; Maas, M.L; Swanson, E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Cuarta Ed. Barcelona, España: Elsevier Mosby; 2009.
18. Marin M. et al. Entrenamiento en habilidades sociales. Psicothema. 2001 Diciembre; XIII(2): 247-251.
19. Vidal Blan, R; Adamuz Tomás, J; Feliu Baute, P. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. [Online].; 2010 [Citado 2014 Febrero 23. Disponible en: "[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000300021&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000300021&script=sci_arttext)"]
20. Alférez Maldonado, AD. La comunicación en la relación de ayuda al paciente en Enfermería: saber qué decir y qué hacer. Revista Española de Comunicación en Salud. 2012 Mayo; III(2).
21. Cibanal, L; Siles, J; Arce, MC; Domínguez, JM; Vizcaya, F; Gabaldón, E. La relación de ayuda es vivificante, no quema. Cultura de los cuidados. 2001 Septiembre; V (10): p. 88-97.

22. Moore, P; Gómez, G; Kurtz, S. Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente. Atención Primaria. 2012 Noviembre; 44(6).
23. García Laborda, A; Rodríguez Rodríguez, JC. Factores personales en la relación terapéutica. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2005 Diciembre; XXV (96).
24. Kurtz, S; Silverman, JD; Draper, J. Teaching and learning Communication Skills in Medicine. Radcliffe Medical Press. 2005 Mayo; IV (15).
25. Ruiz-Moral, R. Programas de formación en comunicación clínica: una revisión de su eficacia en el contexto de la enseñanza médica. Educación médica. 2003 Abril; VI (1): p. 59-67.
26. García MML, Nieves LN, Vicente EJ. Reflexiones en torno a la Relación Terapéutica ¿Falta tiempo? Index Enfermería. 2004 Junio; I (47): p. 44-48.
27. Sogi, C; Zaval, S; Oliveros, M; Salcedo, C. Autoevaluación de formación en habilidades de entrevista, relación médico paciente y comunicación en médicos graduados. Anales de la Facultad de Medicina. 2006 Agosto; 67(1): p. 30-37.
28. Zoppi, K; Epstein, RM. ¿Es la comunicación una habilidad? Las habilidades comunicativas para mantener una buena relación. ANALES Sistema Sanitario Navarra. 2001 Junio; 24 (Suplemento 2).
29. Naranjo Bermúdez, IC; Ricaurte García, GP. La comunicación con los pacientes. Investigación y Educación en Enfermería- Medellín. 2006 Marzo;24(1).
30. Jovell, A. El silencio de los pacientes. ROL Enfermería. 1999 Noviembre; XXII(7).
31. Pons, X. La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación. ENFERMERÍA INTEGRAL. 2006 Marzo; I(1)
32. Valverde, C. Enfermería centrada en los Significados del Paciente. Un modelo basado en la narrativa y ética del otro. Index de Enfermería. 2008 Marzo; 17(3).

33. Lizarraga Mansoa, S; Ayarra Elía, M; Cabodevilla Eraso, I. La comunicación como piedra angular de la atención al paciente oncológico avanzado. Bases para mejorar nuestras habilidades. Atención Primaria. 2006 Abril; 38(Supl 2).
34. Henderson, V. Podemos dar un pape estelar a los pacientes. Investigación Educ. Enferm. 2000 Febrero; 18(1): p. 125-137.
35. Cintra Inaba, L; Paes da Silva, MJ; Ribeiro Telles, SC. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. Revista da Escola Enfermagem USP. 2005 Septiembre; 39(4).
36. Maqueda Martínez, M; Martín Ibáñez, L. La habilidad de comunicar: caminando hacia el paciente. Revista Española de Comunicación en Salud. 2012 Junio; 3(2).
37. González, OY. La enfermera experta y las relaciones interpersonales. Revista Aquichan Universidad de La Sabana Chía, Colombia. Octubre 2007; 7(7): 129-138.
38. Gálvez González, M; Martín Muñoz, B. Alguien cuidó de mí, cuidaré y me cuidarán. Archivos de la Memoria. 2013 Mayo; 10(3).

## **8. ANEXOS**

### **Anexo I: Plan de acogida al usuario/ Familia (15).**

**7310 Cuidados de Enfermería al ingreso. Plan acogida usuario/ Familia, con el fin de trabajar los siguientes aspectos:**

#### **5270 Apoyo emocional**

#### **5340 Presencia**

- Establecer una relación de ayuda al paciente-familia desde el ingreso, con objeto de que manifieste su sentimiento para poder ayudarle mejor.
- Transmitir los cuidados prestados y hacerles sentir que es nuestra preocupación el proceso de salud del paciente y de su familiar.
- Centrar la atención en el paciente y familia de forma orgniada.
- Presentación dando nuestro nombre y posición, en cada abordaje al paciente y familia.
- Verificar el nombre del paciente.

#### **5820 Disminución ansiedad (temor)**

- Valorar ansiedad y/o estrés.
- Valorar presencia acompañante-Cuidador.

#### **4976 Fomento de la comunicación.**

- Transmitir nuestra disponibilidad, en todo lo que puedan necesitar.
- Estar seguros y cómodos ante los problemas o cuestiones que nos plantean.
- Actitud abierta y tolerante.
- Habilidades sociales.

— Comunicación positiva (verbal y no verbal).

**4920 Escucha activa**

**7460 Protección de los derechos del Paciente**

— Confidencialidad

**7110 Fomentar la implicación familiar**

**7040 Apoyo al cuidador principal**

**7560 Facilitar visitas.**

— Hojas informativas al ingreso, en relación a horarios de visitas e información, teléfonos de la unidad.

— Asegurar la intimidad: ambiente tranquilo, relajado sin interrupciones ni distracciones.

**Tomado de Pérez Fernández, MC; Najarro Infante, F; Dulce García, MA; Gallardo Jiménez, N; Fernández Fernández A. Comunicación: Una necesidad para el Paciente-Familia. Una competencia de Enfermería (15).**

## **Anexo II: Diez recomendaciones para la docencia en comunicación en el pregrado. (24)**

### **Diez recomendaciones para la docencia en comunicación en el pregrado**

- 1. Enseñanza formal, bien estructurada, con objetivos explícitos y con un desarrollo a lo largo del currículo comenzando desde lo más sencillo a lo más complejo.**
- 2. Docencia en grupos pequeños en un clima de confianza que permita la reflexión y crecimiento personal, basado en los principios de aprendizaje de adultos y centrado en el estudiante lo que conlleva a una auto-evaluación y, basado en problemas significativos para los estudiantes.**
- 3. Metodologías Experienciales e interactivas que permitan Observación directa o indirecta usando pacientes simulados y reales, filmación.**
- 4. Observación estructurada usando guías que permita ediciones de las habilidades demostradas**
- 5. Feedback sobre las habilidades observadas.**
- 6. Adaptación del contenido a las circunstancias locales**
- 7. Evaluación sumativa debe incluir observación de entrevistas estudiante-paciente.**
- 8. Docentes con experiencia en facilitar/ guiar grupos pequeños. Debe haber correspondencia entre lo que se enseña en comunicación y en lo que se enseñan en la clínica, permitiendo el modelaje del docente y práctica de los estudiantes de las habilidades comunicacionales durante las rotaciones clínicas.**
- 9. Adecuado financiamiento y apoyo para los docentes quienes enseñan comunicación.**
- 10.El continuo curricular de docencia en comunicación debe ser evaluado periódicamente.**

**Tomada de Ruiz-Moral (24).**



### **Anexo III: Ventajas de la escucha activa (4)**

---

#### **VENTAJAS ESCUCHA ACTIVA**

<b>Proporciona mayor conocimiento del paciente</b>	La observación minuciosa de los elementos no verbales de la comunicación servirá para acercarse al conocimiento de los sentimientos y objetivos del paciente.
<b>Mejora la predisposición del paciente</b>	El paciente percibe interés en él, en su opinión, en sus sentimientos, con lo que se consigue su cooperación y se facilita que el paciente se esfuerce en comprender al profesional de salud. Además mejora la predisposición al diálogo.
<b>Disminuye la ansiedad del paciente</b>	Si se permite que el paciente se exprese con libertad, sin interrupciones se contribuye a reducir su tensión al comunicar, porque se le otorga confianza y seguridad.
<b>Se dispone de más tiempo para responder</b>	Practicar la escucha activa permite disponer de más tiempo para pensar posibles respuestas, organizar argumentos y valorar mejor las respuestas.
<b>Facilita alcanzar acuerdos</b>	Al evitar las interrupciones al paciente, le proporciona mayor seguridad sobre la expresión de sus opiniones y sentimientos, por lo que se podrá entenderlo mejor. Unido a la predisposición al diálogo facilita el trabajo en común y lograr acuerdos.

**Tomada de Van-der Hofstadt Román (4).**

#### **Anexo IV: Componentes no verbales y paraverbales en el proceso de comunicación (4).**

A continuación se realiza una breve descripción de aquellos elementos que se consideran más importantes en el contexto sanitario así como se señalan algunas pautas para guiar su uso.

##### *Componentes no verbales*

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

- La expresión facial: Los sentimientos y emociones humanas suelen reflejarse en la cara y pueden traducirse en expresiones específicas. Se puede hablar de diferentes expresiones de las emociones. No obstante, esto no quiere decir que el ser humano sólo pueda mostrar ese pequeño número de expresiones. Al contrario, las emociones pueden combinarse (sorpresa combinada con miedo, alegría con pena), y cada una de estas reacciones puede variar con intensidad. Por lo tanto, resulta necesario prestar atención a la expresión facial de nuestros pacientes para así percibir sus emociones y sentimientos.
- La mirada: constituye uno de los elementos no verbales de mayor importancia, ya que proporciona mucha información. Cumple una serie de funciones, entre ellas la regulación del flujo de la comunicación y proporciona feedback acerca de cómo los demás reaccionan al mensaje emitido. Mantener el contacto visual con el paciente transmite interés hacia él. Sin embargo, no hay que olvidar que un contacto demasiado intenso puede resultar amenazador e intimidatorio. Por otra parte, la evitación del contacto visual con el paciente indica informalidad o falta de atención.
- La sonrisa: constituye un elemento básico en la bienvenida y la despedida de las personas, además de transmitir aceptación, amabilidad

y gusto por la persona a la que se sonría. Para que el paciente tenga una impresión nuestra favorable un elemento clave es sonreír.

- La orientación y postura. La orientación se refiere a la posición relativa de la persona con relación a su o sus interlocutores, pudiendo presentarse orientada frente a frente o inclinada en mayor o menor grado con relación al interlocutor. Para facilitar la comunicación y transmitir interés hacia el paciente es importante adoptar una orientación enfrentada. En la postura se establecen dos categorías fundamentales que a su vez se subdividen en dos dimensiones: acercamiento-retirada y expansión-contracción. El acercamiento, producido por la inclinación del cuerpo hacia su interlocutor, se interpreta como atención e interés, mientras que la retirada, que se hace de la forma contraria, se interpreta de forma negativa, como rechazo o repulsión. La expansión, cuando es muy pronunciada, se interpreta como una postura engreída, arrogante o despreciativa, mientras que cuando es la contracción que es extrema, se considera como depresiva o abatida.
- El contacto físico: la mayor o menor proximidad se establece por el tipo de relación planteada y el grado de aceptación de la misma, resultando inconvenientes distancias que no son admitidas por ambas partes. El contacto se regula con el movimiento del cuerpo, con la mirada, con el acercarse demasiado o demasiado poco. Si es demasiado, algo muy frecuente en la práctica sanitaria, el paciente puede sentirse «amenazado» en su espacio íntimo. Por ello, si hay que hacerlo, que sea con respeto y explicándole el por qué, e incluso pidiendo excusas. Además, por medio del tacto se puede expresar la acogida al paciente, cuando se le saluda con un apretón de manos, o se le pasa la mano por el hombro o se le sujeta el brazo para expresarle comprensión o apoyo si está triste o preocupado.
- Los gestos: hacen referencia al movimiento de las manos que sirve de apoyo al contenido del mensaje verbal. Estos movimientos actúan como

ilustradores del mensaje verbal, enfatizando el mismo, y demostrando estados emocionales, normalmente de manera no intencionada.

- La apariencia personal. La apariencia personal se refiere al aspecto exterior de una persona que puede ser susceptible de cambio a voluntad de la misma. Fundamentalmente se refiere al aseo personal, ropas y adornos. A través de ello, los demás se generan impresiones sobre atractivo, estatus, inteligencia, personalidad, clase social, estilo y gusto. No se debe olvidar que la apariencia física es la tarjeta de visita, y que va a influir en nuestra relación con los demás.
- Las automanipulaciones y los movimientos nerviosos con manos y piernas. Hablamos de automanipulaciones cuando tocamos nuestro propio cuerpo (tocarnos el pelo, rascarnos la cara o el brazo, tocarnos la nariz, etc.). En muchas ocasiones, se producen movimientos con las manos o las piernas y/o pies, cuya principal característica es que son repetitivos, rítmicos y normalmente involuntarios (tipo tic). Ambos tipos de movimientos suelen ser interpretados como señales de incomodidad y ansiedad.

### *Componentes paraverbales*

Los componentes paraverbales o paralingüísticos son aquellos que, al emplear el lenguaje, su utilización no altera el contenido de las palabras, pese a que haga variar el significado. Se refiere al «cómo se dicen las cosas», en lugar de «lo que se dice». Este tipo de elementos puede afectar totalmente al significado de lo que se expresa.

- El volumen de la voz: la función primordial del volumen es hacer que los mensajes puedan ser escuchados por las personas a las que nos dirigimos, por lo que se está refiriendo al nivel global medio de volumen con el que transmitimos un mensaje. Es importante, que en aquellos elementos del mensaje que queramos enfatizar y captar la atención del paciente utilicemos un volumen de voz más alto. Por otra parte, cuanto más alto habla una persona más nerviosa se considera que está. Por

tanto, el volumen tiene una especial importancia en la impresión que los otros se hacen de nosotros. Así, debemos esforzarnos por encontrar un volumen de voz adecuado y dar un mayor énfasis a lo que consideremos más importante.

- El tono. El tono refleja la calidad de la voz. Además, hace que varíe el significado del mensaje y expresa la confianza en uno mismo. Las personas con poca confianza en sí mismas utilizan un tono monótono, con pocas variaciones y un volumen de voz bajo.
- La velocidad. El tiempo siempre apremia en el ámbito sanitario, pero ello no debe suponer aumentar la velocidad del habla, ya que se corre el riesgo de que si es muy elevada el paciente no entienda. Y si por el contrario es muy lenta se corre el riesgo de aburrir a los interlocutores.
- La fluidez y claridad. En ocasiones, e independientemente de la velocidad, las palabras no se entienden, porque se entrecortan, por un acento excesivamente marcado o por otros motivos, lo que, además de impedir la correcta comprensión, puede ser objeto de interpretación al atribuirnos por ello un determinado estado emocional (normalmente ira o impaciencia). Para evitar estas interpretaciones es necesario esforzarse en abrir la boca al hablar para pronunciar con más claridad.
- El tiempo de habla, la duración de las intervenciones de los interlocutores mientras se está produciendo una conversación. El uso correcto del mismo supone que ninguno de los participantes en la conversación acapare la misma, y que todos participen proporcionalmente con relación al tiempo que se utilice. Habrá que tener en cuenta las situaciones en que por diversos motivos se espere de alguno de los interlocutores una mayor participación, o se marque de esta forma por una de las partes (por ejemplo en entrevistas de cualquier tipo).
- Las pausas y silencios. Las pausas y silencios que se producen durante la comunicación pueden tener como objetivo remarcar los signos de

puntuación a lo largo del discurso o bien pueden deberse a factores emocionales (angustia, bloqueos, etc.), intelectuales (reflexión, no saber qué decir, falta de ideas) o de interacción con el profesional sanitario. Por ejemplo, si el paciente no confía con el profesional de enfermería, puede permanecer en silencio mientras éste le visita, y así mostrar su resistencia. Por su complejidad y riqueza, el silencio es una parte esencial de la comunicación, y es importante no trivializarlo o eliminarlo, evitándolo o desviando el tema de la conversación.

- La latencia de respuesta. La latencia de respuesta hace referencia al tiempo que se tarda en empezar a hablar una vez que ha terminado de hacerlo el interlocutor. Empezar a hablar antes de que el otro haya terminado indica ansiedad, mientras que hacerlo mucho después puede indicar tristeza, aburrimiento o desinterés.

Como conclusión, un comportamiento cálido y amistoso, demostrado mediante una expresión facial y sonrisa adecuada y un repetido contacto visual, demuestra predisposición al diálogo y deseos de ayudar. Una postura hacia delante, con gestos abiertos y movimientos de cabeza afirmativos, ayuda a confirmar esta impresión. Un volumen de voz bajo y templado, con una vocalización satisfactoria y el empleo del silencio, facilitan el compartir los pensamientos y las emociones del enfermo.

#### **Tomado de Van-der Hofstadt Román (4).**

*“Pero ¿Qué es enfermería? Enfermería es comprometerse a acompañar y a apoyar a seres humanos que sufren, que están intentando llegar a puerto “sanos y salvos” (o por lo menos “salvos”), que están deseando, en su enfermedad, encontrar sentido. El trabajar como profesional de enfermería es participar en la vulnerabilidad del que sufre e intentar aliviarla, ayudando a que el paciente sea el autor de su propia experiencia.”*  
Valverde, C.