

EDITORIAL

La comunicación como esencia en el arte de cuidar

Communication as the essence of the art of caring

A comunicação como a essência da arte de cuidar

Antonia Pades Jiménez¹

¹Profesora titular de Universidad. Enfermera y Doctora en Psicología. Experta en Comunicación. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universitat de les Illes Balears (UIB). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8609-898X>. Correo electrónico:

antonia.pades@uib.es

Correspondencia: Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universitat de les Illes Balears (UIB) Carretera de Valldemossa km 7,5. 07122 Palma (Illes Balears)

Para citar esta editorial: Pades Jiménez, A. (2021). La comunicación como esencia en el arte de cuidar. *Cultura de los Cuidados*, 25(61). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.61.01>

Recibido:23/05/2021 Aceptado: 07/09/2021



RESUMEN

El acto comunicativo es complejo, simbólico y difícil. Más aún si se establece entre profesional de la salud y paciente y familia. Un entorno en ocasiones hostil como es el propio proceso de enfermedad. Se producen circunstancias y situaciones que hacen que el profesional tenga que atender no solamente a sus propias habilidades y destrezas sino también a los posibles elementos distorsionantes del proceso comunicativo. Con este texto se pretende reflexionar sobre la comunicación en este encuentro e identificar elementos facilitadores y distorsionantes.

Palabras clave: Enfermería; cuidados; arte; comunicación.

ABSTRACT

The communicative act is complex, symbolic and difficult. Even more so if it is established between the health professional and the patient and family. An environment that is sometimes hostile, such as the disease process itself. Circumstances and situations occur that make the professional have to attend only to their own abilities and skills but also to the possible distorting elements of the communication process. This text is intended to reflect on communication in this meeting and identify facilitating and distorting elements.

Keywords: Nursing; care; art; communication.

RESUMO

O acto comunicativo é complexo, simbólico e difícil. Ainda mais se for estabelecido entre o profissional de saúde e o paciente e a família. Um ambiente por vezes hostil, tal como o próprio processo da doença. Surgem circunstâncias e situações que obrigam o profissional a prestar atenção não só às suas próprias competências e capacidades, mas também aos possíveis elementos de distorção do processo comunicativo. O objectivo deste texto é reflectir sobre a comunicação neste encontro e identificar elementos facilitadores e distorcedores.

Palavras Chave: Enfermagem; cuidados; arte; comunicação.

Hablar de comunicación humana entre el profesional de salud y el paciente “cara a cara” en la era actual, *no es fácil*. Estamos en un entorno diferente, en la era digital, la denominada revolución industrial 4.0, donde hay una serie de determinantes y factores que hacen que este proceso comunicativo sea diferente, cambiante y complejo. Pero ¿qué entendemos por comunicación humana? Si volvemos a ese encuentro físico, analógico, en una realidad física, donde como mínimo dos personas interaccionan, nuestro propio proceso comunicativo se convierte en un proceso dinámico, irreversible, proactivo, interactivo y contextual. Un encuentro rico, en el aquí y ahora.

En este acto comunicativo, aparecen diferentes niveles de interacción: intrapersonal, interpersonal y sociocultural. Así en el primer nivel, intrapersonal: se produce un procesamiento de información interno, donde la influencia del medio, el aprendizaje (modelos representativos), la memoria (recuerdos de experiencias pasadas positivas y negativas) puede estar implícito en el individuo a la hora de comunicarse. Cuando un individuo se comunica consigo mismo de manera intrapersonal, utiliza normalmente la tercera persona del singular. Resulta algo sorprendente hablarnos a nosotros mismos, esta comunicación puede tener una función reguladora y a la vez adaptativa de nuestra propia conducta. Esta comunicación está influida por el volumen de

información que el individuo puede procesar por su sistema nervioso, y los factores relacionados van a influir en las habilidades y destrezas sociales, que pondrá al uso al comunicarse.

Un segundo nivel comunicativo es el interpersonal, donde se precisa como mínimo dos personas y donde se produce un intercambio verbal y no verbal de señales en un contexto determinado y por un canal establecido. Para que se produzca un entendimiento debe existir un código común de signos y símbolos.

Por último, el nivel sociocultural donde elementos como: el espacio geográfico y físico, la distancia personal, el tiempo, el lugar, el sistema de señales, códigos van a influir en este proceso mutuo, simbólico de intercambio.

Múltiples elementos pueden influir en este proceso de interacción social mutua. Desde el modelo del interaccionismo simbólico se atiende a: los factores personales y los factores ambientales, como elementos fundamentales que influirán en el proceso de interacción en la emisión o no de un comportamiento social o conducta socialmente adaptada y eficaz. La empatía es un fenómeno presente en la comunicación a la hora de cuidar, entendida como “comprensión sensible y precisa hacia el usuario y su situación, desde un marco de referencia el profesional de la salud posee y a la vez comunica de forma eficaz al usuario que le entiende y comprende”. La habilidad empática varía sustancialmente de unos individuos a otros. Considerándose una actitud y un proceso con una parte cognitiva y otra afectiva. Para que ésta sea efectiva, debe ser genuina y no fingida. Una empatía con cuidado, donde el profesional tampoco debe sufrir por su práctica.

Al hablar de comunicación es habitual hablar de dos grandes bloques: la comunicación verbal y no verbal. La comunicación no verbal es rica, innata y adquirida y puede resultar extraordinariamente importante en especial en situaciones de crisis, cuando las palabras fallan por completo. Los gestos comunican ciertos estados emocionales, así como la expresión facial, la mirada y postura que la persona adopta en este encuentro interpersonal y social. Por otro lado, la comunicación verbal cargada de simbolismos, palabras confusas, giros lingüísticos, cinismo, sarcasmos, y donde debemos leer entre líneas para poder captar realmente lo que nos quiere decir el interlocutor. Se

aconseja separar el mensaje en parte cognitiva (lo que nos dice el sujeto, la narración de un hecho o un acontecimiento) y la parte afectiva (las emociones se expresan a través de palabras, atendamos a estos vocablos, nombres y adjetivos que denotan el estado emocional).

Como canales comunicativos podríamos decir que contamos con: el visual-cenestésico, el audio-acústico, táctil, gustativo y olfatorio. Siendo estos dos últimos importantes para los pacientes y el profesional de la salud que les atienden. Los olores y sabores nos dan innumerables mensajes en términos de salud. Podemos decir que los aspectos que influyen en la comunicación humana son básicamente: El significado que el receptor atribuye a la comunicación, la relevancia para la persona que lo evalúa (receptor), y la validez que se le atribuye.

Quiero detenerme de manera especial en los factores distorsionantes del acto comunicativo, así y de manera general sin caer en el grado de importancia de unos sobre otros nos encontramos con: (a) ***Características físicas del entorno***: escasez de habitaciones individuales, ruido, luz inadecuada y temperaturas extremas, hacinamiento “*Cuando el paciente no puede en ocasiones, hablar en privado, aparecen múltiples elementos distorsionantes*” (b) ***Diferentes percepciones en cuanto al rol*** que cada uno de los participantes debe adoptar. Nos encontramos con dos personas o más (profesional, paciente y familia). Dependiendo de las *habilidades de rol* que tengamos, podemos contribuir a un proceso comunicativo simétrico y donde se produzca un clima cordial y de confianza. Esta habilidad de rol en cuanto a la posición del profesional (relacionada con la práctica clínica) vendrá influida por el modelo de comunicación clínica (paternalista, biopsicosocial o centrada en el paciente) (c) ***Falta de comunicación de calidad entre profesional y el usuario*** o entre los miembros del equipo. Puede ser debido a falta de tiempo, sobrecarga laboral, rol ambiguo, desencanto, estrés, burnout, despersonalización, insatisfacción o falta de habilidades sociales adecuadas para establecer un encuentro terapéutico eficaz. “La comunicación tendría que ser un elemento fundamental en la interacción a desarrollar y a valorar, podamos o no contabilizarlo numéricamente” (d) ***El lenguaje utilizado***. La riqueza del lenguaje tanto escrito como hablado es fundamental para generar confianza en el paciente y es determinante de la pericia profesional. De tal forma que debe atender a unas reglas gramáticas tanto en estructura como en significado. Se aconseja un lenguaje adaptado al usuario (al receptor), si se hace uso de términos técnicos valorando suavizar los mismos con palabras más

sencillas. Pero ello, no quiere decir que infantilicemos nuestro vocabulario, y que dejemos de comunicarnos con el paciente o familiar prejuzgando que no nos van a entender por motivos de edad, estatus o procedencia sociocultural.

Los prejuicios sociales del profesional pueden ser un obstáculo a la hora de comunicarse eficazmente. Así, si el profesional de enfermería tiende a ver al enfermo como “un vehículo de síntomas”, “un órgano dañado” su modo de hablar reflejará las respuestas a estos síntomas y/o enfermedades, pero no al individuo como una totalidad. Si valora al paciente y su familia como “demandante, poco colaborador o no participativo” interaccionará con ellos dándoles órdenes y dirigiendo la acción de manera poco empática. Y si, por el contrario, lo percibe como “una persona singular, que sufre, que tiene derechos y deberes, y como un ser biopsicosocial y espiritual, capaz de tomar decisiones y autónomo, le atenderá utilizando habilidades sociales, comunicativas y emocionales dirigidas a conocerle, entenderle y planificar su actuación de manera holística y desde una perspectiva humanística basada en el entendimiento, la empatía, el respeto, la aceptación incondicional y sinceridad” (e) ***El rol ambiguo y conflictivo*** del profesional de enfermería restando autonomía en sus acciones, puede verse reflejado en un deterioro en el acto relacional (f) ***Los problemas derivados en el receptor*** de los cuidados como alteraciones en las capacidades sensoriales, falta de entendimiento y de ejecución, alteraciones en el procesamiento de la información, expectativas negativas en relación al éxito del encuentro, déficit en competencia social (timidez o estilos agresivos), presencia de dolor, malestar, sufrimiento, alteraciones emocionales negativas, miedo, desamparo, indefensión serán obstáculos que precisarán reconocimiento, adaptabilidad por parte del profesional y esfuerzo para reconducir el encuentro comunicativo (g) ***Prejuicios o subestimar*** que los conocimientos de los pacientes son mínimos para captar la información, pueden hacer que el paciente se vea desprotegido y desprovisto de la información e instrucciones. Sufrir el “síndrome del experto” es lo peor que le puede pasar a un profesional de la salud “*Como no lo va a entender, no se lo explico*”. “*Para que me voy a esforzar, si no me va a hacer caso*” (h) ***La falta de tiempo*** es lo que en múltiples ocasiones se alude para no comunicarnos de manera eficaz con los pacientes y sus familiares. Además de escasez de personal, carencia de apoyos, poca motivación por parte del otro, ruido o ausencia de espacios confortables..., todo ello conlleva

insatisfacción bidireccional (profesional-paciente), sentimientos de incompetencia profesional y miedo a actuaciones equivocadas.

El éxito comunicativo dependerá del: marco de referencia de estos profesionales el modelo de comunicación clínica, el compromiso y responsabilidad traducido en profesionalismo (donde está implícito el proceso ético y deontológico en su actuación) y la aceptación, respeto y empatía. En el proceso comunicativo, la descodificación es fundamental donde se produce un proceso de atención a esos estímulos sociales (señales verbales y no verbales del interlocutor), traducción (interpretación del significado), toma de decisiones y codificación o ejecución (conducta verbal y no verbal). Cuanto más empeño pongamos en el acto comunicativo, para identificar las demandas comunicativas del otro, mejor formularemos los mensajes comunicativos significativos, codificaremos mejor y adecuadamente recibiendo un *feedback* eficaz y rico de nuestros pacientes como se merecen. Los usuarios de los servicios sanitarios esperan una comunicación útil, comprensible y eficaz por parte del profesional de la salud y para ello, debemos reflexionar todos docentes, gestores y profesionales asistenciales para conseguir entornos óptimos y facilitadores del acto comunicativo humano como un bien preciado y que no debemos perder. La comunicación para que sea efectiva debe incluir la certeza de que el receptor percibe el mensaje de forma precisa y lo entiende. Se requiere, la posibilidad de interrelación entre como mínimo dos personas y la influencia de una de ellas sobre la otra. Es decir, que el receptor sufra un cambio, debe modificar su conducta para que se adapte de una forma clara a las expectativas del comunicante. “*Comunicar significa producir un cambio en el otro*”. Pero dicho cambio debe ir siempre dirigido a adaptarse a las situaciones que la vida le depare, y potenciar sus capacidades, destrezas y habilidades con el fin último de la autonomía.

Espero haber contribuido a la reflexión y a identificar algunos de los elementos comunicativos que facilitarán nuestra comunicación humana.

BIBLIOGRAFÍA

- Back, A. Arnold R, Tulsy J. (2012) *El arte de comunicación con pacientes muy graves. Entre la honestidad, la empatía y la esperanza*. Madrid: Alianza.
- Bernad Vallés, M., Maderuelo Fernández, J. Á. & Moreno González, P. (2016). Necesidades de información sobre salud y enfermedad de usuarios de servicios

- sanitarios de atención primaria de Salamanca. *Atención Primaria*, 48(1), 15–24. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.01.011>
- Borrell i Carrió F. (2004) *Entrevista clínica. Manual de estrategias básicas*. Barcelona: SemFyc.
 - Busch, A. K., Rockenbauch, K., Schmutzer, G. & Brähler, E. (2015). Do medical students like communication? Validation of the German csas (communication skills attitude scale). *GMS Zeitschrift Fur Medizinische Ausbildung*, 32(1), 1–21. <https://doi.org/10.3205/zma000953>
 - Cibanal L., Arce M.C., Carballal, M.C. (2020). *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud*. Barcelona: Elsevier.
 - Girbau Massana, M.D. (2014). *Psicología de la comunicación*. Barcelona: Ariel
 - Marin-Torres, V., Valverde, J., Sánchez, I., Isabel, M., Vicente, C., Polentinos-Castro, E. & Barral, G. (2013). Atención Primaria Internet como fuente de información sobre salud en pacientes de atención primaria y su influencia en la relación. *Atención Primaria*, 45(1), 46–53. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.09.004>
 - Miller W., & Rollnick, S. (2015) *La entrevista motivacional*. Madrid: Paidós
 - Molinuevo Alonso B. (2017). *La comunicación no verbal en la relación médico-paciente*. Barcelona: UOC.
 - Moore, P., Gómez, G. & Kurtz, S. (2012). Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente. *Atención Primaria*, 44(6), 358–365. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.07.008>
 - Ruiz R. (2014). *Comunicación clínica. Principios y habilidades para la práctica*. Madrid: Panamericana.
 - Siles, J. (2010). Historia cultural de enfermería: reflexión epistemológica y metodológica. *Avances de Enfermería*, 18, 107-115. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/234045194_Historia_cultural_de_enfermeria_reflexionepistemologica_y_metodologica.