

LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN Y LA HUMANIZACIÓN EN LAS UNIDADES DE CUIDADO CRÍTICO

PRINCIPALES ACTORES Y ESTRATEGIAS

CAROL ANDREA BERNAL CASTRO
ANA SOFÍA ARIAS HERRERA
LIZBETH HERNÁNDEZ AYALA
CATALINA VALBUENA CUARTAS
ROODLY KATHERINE PARADA OSPINA

Contenido

INTRODUCCIÓN

EL ROL DE LOS-AS FONOAUDIÓLOGOS-AS COMO FACILITADORES DE LOS PROCESOS DE COMUNICACIÓN DENTRO DEL SECTOR SALUD

¿POR QUÉ Y CÓMO SE DEBE DAR LA COMUNICACIÓN DE LOS DIFERENTES ACTORES EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS?

¿CUÁLES SON ALGUNAS DE LAS ESTRATEGIAS PARA COMUNICARSE EFECTIVAMENTE EN SITUACIONES DIFÍCILES?

¿CUÁLES PUEDEN SER LOS ESTILOS COMUNICATIVOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y CUÁLES DE ESTOS FAVORECEN LA HUMANIZACIÓN?

CONCLUSIONES

REFERENCIAS

3

4

6

8

9

12

13

Introducción

Las unidades de cuidados intensivos - **UCI** o también llamadas unidades de cuidado crítico, son áreas especializadas que se encargan de la población que se encuentra en riesgo de muerte o con pronósticos de recuperación complejos. Estos espacios cuentan con equipos multidisciplinares encargados de proporcionar la atención requerida, según las necesidades particulares de los individuos, con el fin de restablecer las condiciones básicas de supervivencia de los-as pacientes (Rodríguez y Duarte, 2017).

Estos pacientes se encuentran en situación de vulnerabilidad y su calidad de vida está directamente asociada a la práctica e intervención, direccionada por los agentes que realizan la prestación de los servicios de salud. En este escenario, la comunicación, asertiva y multidireccional, se constituyen en un objetivo colectivo, para lograr adherencia al tratamiento e implican, establecer canales entre los diferentes actores que hacen parte de estos procesos, fundamentados desde la humanización como pilar de la atención en la práctica clínica.

Con respecto a la humanización, esta puede entenderse como un imperativo ético, que va más allá de las normas o filosofías. Cuando hablamos de la humanización en el campo de la salud, particularmente en el contexto colombiano, esta busca promover la cultura de la vida y de la salud, e implica un proceso de reflexión desde las condiciones del mismo sistema de salud, pasando por aspectos como los enfoques, las políticas, las infraestructuras, los recursos, financieros y de bienestar, entre otros. Así como con el personal de la salud, los profesionales y las instituciones, con respecto a la manera en que se prestan los servicios de salud, sus valores, su cultura institucional y la atención a las personas enfermas y sus familias. La humanización, no solo se limita a la persona que experimenta una enfermedad y a su entorno, sino que involucra también a otros actores, como los hacedores y ejecutores de las políticas públicas en el país, los administrativos, los-as profesionales de la salud en formación y en ejercicio, entre otros. (Tarragán y Calderón, 2015).

El rol de los-as fonoaudiólogos-as como facilitadores de los procesos de comunicación dentro del sector salud

La comunicación puede definirse como un intercambio de información entre dos o más personas, donde su principal objetivo es provocar una respuesta, no solo como intercambio, sino como proceso en el cual se debe producir un retorno continuo de la información para que sea interpretada por los participantes (Pinzón, 2014). Por tanto, el fonoaudiólogo como profesional que estudia la comunicación humana vela por que este constructo entre pacientes, profesionales y familiares sea efectivo y eficaz. En la comunicación, se emplean habilidades y destrezas como sonreír, interpretar gestos, satisfacer una necesidad, crear disposición para el diálogo. Y también tiene lugar la intención comunicativa de quienes participan en el acto de comunicar.

La comunicación puede considerarse asertiva cuando se despliegan habilidades para expresar las ideas positivas y las emociones o sentimientos de una manera abierta, honesta y directa. Al mismo tiempo, cuando esta comunicación

tiene como premisa respetar los derechos de otros. Existen diversas maneras de materializar la comunicación, que pasan por la forma verbal, en donde se emplean palabras habladas o escritas, o no verbal, que se refiere al lenguaje corporal y a las emociones que las personas experimentan en el curso de la comunicación a través de la mirada, postura, apariencia física, expresión facial y corporal. En el contexto específico de la **UCI**, es menester garantizar una buena comunicación entre todos los actores antes mencionados, poniendo a los pacientes en el centro de la atención.

En el caso de los-as fonoaudiólogos-as, expertos-as en comunicación, tienen como misión principal, propender por mantener la mejor comunicación posible para los-as pacientes. Además, participan en los procesos de diagnóstico, habilitación, rehabilitación, promoción y prevención de aquellas alteraciones comunicativas en las Unidades de Cuidados Intensivos UCI, al igual que cumplen un rol indispensable como facilitadores-as de los procesos asistenciales dentro del grupo multidisciplinario, bajo los principios de humanización de los servicios de salud desde la empatía, confianza y sensibilidad que contribuye a la calidad de vida del paciente y la familia.

Además, dentro del que hacer del fonoaudiólogo está la capacidad de seguimiento de los lineamientos, de la gestión y la atención oportuna mediante acciones que, en conjunto con la participación de otros profesionales, cumplen con una normativa legal adaptada a implementar estrategias y programas que se adecúan a las necesidades de los pacientes (Vega, et al., 2017).

De igual manera, los-as fonoaudiólogos-as tienen la capacidad de crear e implementar programas, planes y estrategias institucionales, encaminados a optimizar los procesos de comunicación y humanización en el sector salud.



Arias, S, Hernández, L, Parada, K, Valvuen, C. (2022). Intervención fonoaudiológica paciente intubado en **UCI** Cesión de derechos de fotografía a la Corporación Universitaria Iberoamericana.

¿Por qué y cómo se debe dar la comunicación de los diferentes actores en las unidades de cuidados intensivos?

En el ámbito clínico de la salud la comunicación con los pacientes es un aspecto de vital importancia, al igual que la calidad de dicha comunicación, ya que de ésta depende el vínculo entre el profesional de la salud, el paciente y los familiares.

Es cotidiano en el escenario de una **UCI**, que se deban indicar malas noticias, por ello, la comunicación debe ser un elemento que merece atención, pues las interacciones suelen estar cargadas de emociones como la angustia, el miedo la incertidumbre, entre otras, con efectos para las personas que intervienen. También es cierto que las habilidades de comunicación producen un impacto en los receptores, por tanto, la información suministrada debe ser práctica y dinámica. Las habilidades para comunicar una mala noticia, pueden ser enseñadas y aprendidas; de hecho, es muy recomendable entrenarse en ellas, ya que aumentan las competencias del profesional de la salud.

Como primera recomendación, es importante saber que la comunicación entre los diferentes actores de la **UCI** requiere un lenguaje sencillo, que permita entender al paciente y a su familia, y por supuesto, el estado real en el que se encuentra, para lo cual es necesario además contar con las competencias clínicas y de saberes necesarias que permitan llegar a un proceso exitoso.

En cuanto al equipo multidisciplinario, otra de las habilidades a tener presente, es que la comunicación sea precisa, sin generar falsas expectativas, y encaminada a unificar los esfuerzos enfocados al bienestar y tratamiento de los pacientes, así como creando los canales de interacción necesarios y suficientes, que permitan manifestar emociones o intercambio de información. (Rodríguez y Duarte, 2017).



Arias, S, Hernández, L, Parada, K, Valvuen, C. (2021). Comunicación y humanización en unidad de cuidado intensivo adulto. Cesión de derechos de fotografía a la Corporación Universitaria Iberoamericana

De la misma manera, la comunicación debe ser multidireccional, lo que implica la convergencia y la participación de los

diferentes actores: médicos-as, especialistas, fonoaudiólogos-as, fisioterapeutas, enfermeros-as, nutricionistas, personal administrativo y por supuesto pacientes y familiares, quienes llegan a consensos o disensos. Es allí, en donde la comunicación humanizada, toma relevancia.

Horta (como se citó en Parada, 2021), menciona que existe evidencia de que una comunicación deficiente y poco empática, afecta profundamente los procesos relacionados con la atención de la salud, la cual se expresa en la violencia e intolerancia hacia el paciente. De manera que, las relaciones que el paciente construye con la sociedad, con la entidad de salud, los cuidadores, y los profesionales, deben estar basadas en el intercambio de conocimientos, saberes, experiencias, y sentimientos (Parada, 2021). Por ello, la comunicación es una estrategia que va más allá de ser una simple herramienta para divulgar mensajes (Mendoza, et al. 2021).

Por otra parte, resultan favorables las prácticas en salud, fundamentadas en las ciencias humanas, y en la interrelación del individuo con su entorno, así como aquellas direccionadas por el enfoque holístico del cuidado, que enfatiza en la vida y la salud (Achury, 2013). En estas prácticas, la comunicación posibilita una sinergia entre los involucrados, que favorece el bienestar de quienes reciben los servicios de salud (Corrales, et al. 2017).

¿Cuáles son algunas de las estrategias para comunicarse efectivamente en situaciones difíciles?

El protocolo SPIKES, indica algunos pasos y estrategias que pueden ser empleados en la comunicación acertada de una mala noticia. Fue desarrollado por el oncólogo Robert Buckman, en 1992.

Paso 1: preparación del encuentro con el paciente. El profesional de la salud debe conocer la historia clínica, diagnósticos y tratamiento, teniendo claridad de la mala noticia que se va a transmitir. Así como buscar la privacidad, e involucrar a los pacientes y a sus acompañantes; estableciendo un acercamiento.

Paso 2: Percepción. Indagar respecto a la percepción del paciente y /o sus familiares o cuidadores, sobre su enfermedad y según las respuestas, comunicar la mala noticia de forma que el paciente y /o sus familiares comprendan.

Paso 3: Invitación al paciente y /o sus familiares a conocer su estado actual. Interrogar si el paciente desea que la infor-

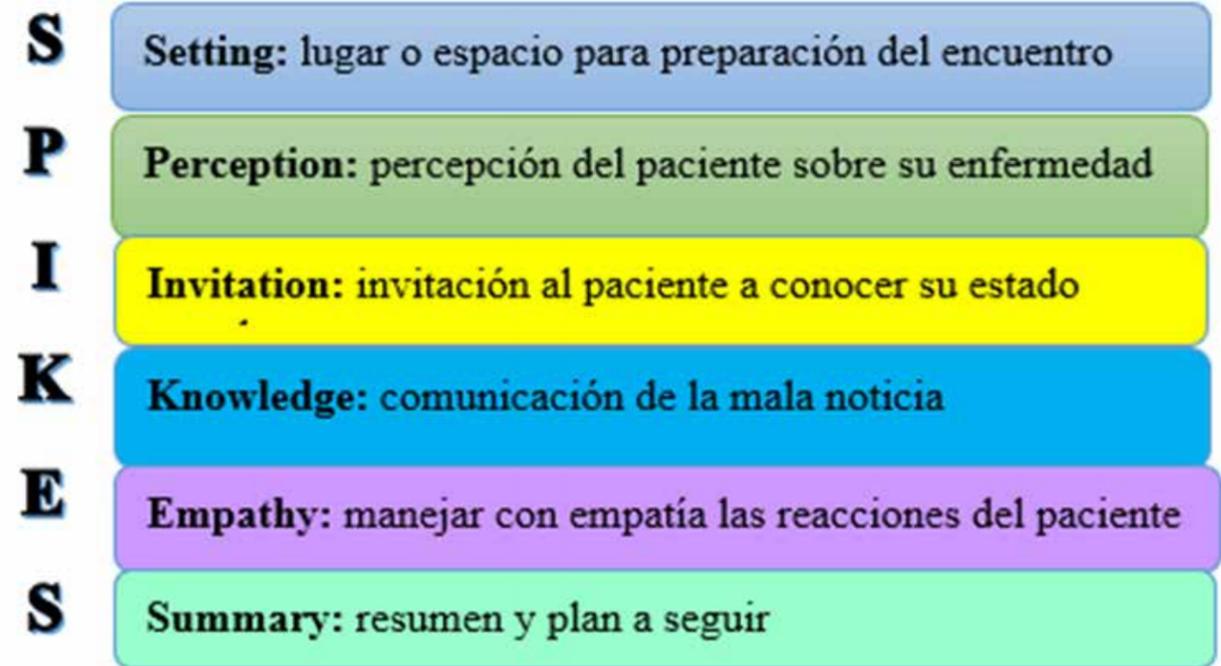
mación suministrada de su enfermedad sea transmitida a algún familiar.

Paso 4: Comunicar la mala noticia. Se debe sensibilizar al paciente haciéndole saber de manera anticipada, que se le dará una mala noticia.

Paso 5: Manejar las emociones del paciente con empatía. El profesional de la salud puede ofrecer apoyo y solidaridad según la reacción del paciente y /o su familia.

Paso 6: Resumen y plan de acción. Consultar si el paciente entendió la información suministrada, para lo cual, puede ser útil recurrir al parafraseo, esto es, que el paciente exprese, lo que comprendió sobre la información dada. Una vez entendida la información, se plantean las posibles opciones de tratamiento.

A continuación, se puede ver el protocolo SPIKES, a modo de síntesis en el siguiente organizador gráfico:



Fuentes: Torregrosa , et al. (2020)

¿Cuáles pueden ser los estilos comunicativos en la unidad de cuidados intensivos y cuáles de estos favorecen la humanización?

Para favorecer la adherencia del tratamiento en la **UCI**, es necesario implementar una comunicación efectiva que permita interactuar, no solo en términos del envío y la recepción de los mensajes, sino como un ciclo, que permita vincular los intereses de los involucrados. Traverso, Williams

y Palacios (como se citó en Mosquera, 2020).

Además de ser efectiva, la comunicación debe ser asertiva, en tanto permita exponer sentimientos, emociones y necesidades de forma clara, en la búsqueda de un resultado mutuo satisfactorio, de manera que el mensaje sea comprendido por

todos los participantes. Avendaño (como se citó en Mosquera, 2020).

Por otro lado, es importante identificar los estilos comunicativos, que se entienden como aquellos que permiten dar representación a la información que se brinda, mediante la interacción entre individuos. La comunicación entre profesionales, pacientes y familiares debe ser constante para que permita la mejor toma de decisiones en conjunto, además de estar vinculada con la complementariedad terapéutica, la relación entre ellos y los factores interpersonales de los involucrados (Etchevers, 2019). La siguiente gráfica permite visualizar los tres estilos comunicativos más comunes, siendo el estilo de comunicación asertiva, el único recomendado en el escenario salud:



Fuente: Corrales, et al. (2017).

La comunicación asertiva, se relaciona de forma directa con el proceso de humanización, pues esta parte de incorporar intencionadamente matices afectivos, empáticos y claros en la interacción con las personas.

La comunicación asertiva, conserva una relación directa con la humanización. La

humanización por su parte, es un concepto desarrollado dentro del ámbito hospitalario desde la década de los años 80, que surge como respuesta ante las problemáticas que enfrentan los pacientes en los procesos de atención del servicio de la salud. Aspectos como la percepción de sentirse incomprendidos, de que no les es comunicado claramente su tratamiento, ni su estado, por parte del personal que les atiende. O la falta de atención de las necesidades emocionales y morales, son experimentados día a día por los pacientes (Prieto, 2019).

Dependiendo de la gravedad de su estado de salud, dichos problemas pueden ser agravantes del padecimiento y obstáculos para lograr la pronta y adecuada recuperación. Es por ello, que la humanización desde su consolidación como concepto y como práctica en el contexto médico, ha tenido la finalidad principal de orientar y regular a los profesionales de la salud, para que realicen una práctica ética, respetuosa y atenta de las necesidades psicológicas y emocionales de sus pacientes (Bermejo, Brusco, y Martín, 2015).

En particular, la humanización de los servicios de la salud recibe especial atención dentro del contexto de la atención de pacientes en unidades de cuidados intensivos, quienes debido a la gravedad de su estado están más expuestos a la vulneración de sus principios morales e, incluso, de sus derechos. Por lo general estos pacientes presentan mayores dificultades para estar total o parcialmente conscientes, de modo que les resulta más complejo tomar decisiones y comunicarlas; pues son sus acompañantes los que reciben la responsabilidad por ellos (Compte, et al. 2020).



Arias, S. Hernández, L. Parada, K. Valvuen, C (2021). Humanizar la y toma de decisiones y las prácticas en la rehabilitación de pacientes con disfagia [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Javeriana].

Adicionalmente, la vulneración está latente en la atención en **UCI** porque se pueden presentar choques entre la subjetividad del paciente y la búsqueda de objetividad del profesional en medicina. Por ejemplo, pueden presentarse discrepancias respecto a la alimentación, el manejo de la desnudez, o las intervenciones quirúrgicas dependiendo de la orientación religiosa o espiritual del paciente.

Fundamentalmente, la humanización promulga una práctica profesional que esté basada en principios éticos en reconocimiento y defensa de la dignidad humana de los pacientes, que esté regulada por políticas gubernamentales y no

gubernamentales, que sea promovida y aplicada mediante programas desarrollados tanto en los ámbitos público y privado, y que procure reducir a su mínimo posible la vulnerabilidad a la que están expuestos pacientes que se ven limitados en la toma de decisiones respecto a su propia salud (Díaz, 2017).

Lo anterior, lleva a comprender por qué, hoy en día, la humanización es uno de los aspectos clave que permite a las instituciones prestadoras de servicios de salud, lograr la acreditación. De hecho, brindar servicios de salud humanizados se ha convertido en uno de los estándares de estas instituciones para alcanzar, también, mayor difusión, apoyo y beneficios estatales, y reconocimiento.

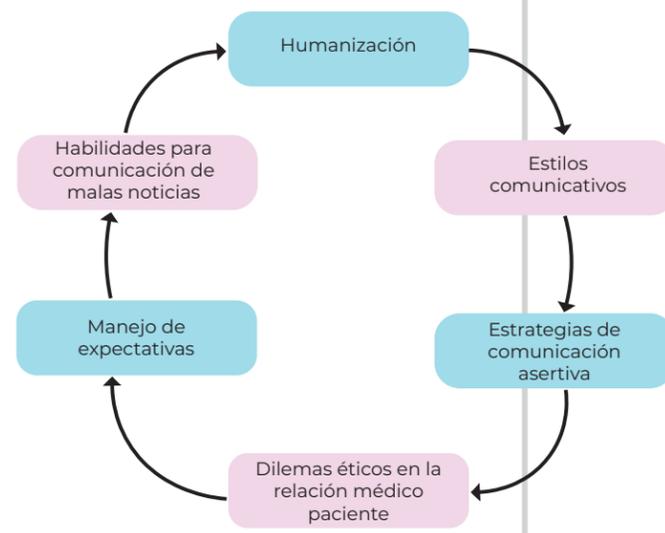
Una de las bases sobre la que se sostiene la humanización como propósito, es en los principios bioéticos formulados por T. Beauchamp y J. Childress en 1979. En el libro principios de ética biomédica estos filósofos norteamericanos establecieron cuatro principios: beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia. Todos orientados a que se respete la dignidad de las personas con base en un enfoque integral y humanista de la atención en la salud (Escobar y Aristizábal, 2011).

El principio de beneficencia indica el deber del profesional de la salud (así como de las instituciones y todos los órganos que la sustentan y regulan el sistema de salud) de hacer el bien, de modo que toda decisión que se tome respecto al tratamiento del paciente debe ser en pro de su beneficio, su seguridad y su recuperación. La no maleficencia asegura el anterior, pues refuerza la idea de que no se debe, de ninguna manera y por ningún motivo, hacer daño al paciente y que siempre se busque aspirar al mayor beneficio.



La autonomía indica que el paciente siempre debe tener prioridad en la atención de sus deseos, intereses e inquietudes para la toma de decisiones respecto a su propio manejo. Y el principio de justicia resalta la dignidad que merecen todas las personas sin distinción de ningún tipo, por lo que los profesionales de la salud están en la obligación de tratar a cada uno de sus pacientes de manera imparcial, siempre orientado a cuidar y curar (Siurana, 2010).

Estrategias y atributos de una comunicación humanizada en las unidades de cuidado crítico y en los servicios asistenciales en salud



Conclusiones

A la luz del recuento de estos principios es evidente la importancia que tiene la humanización en la atención de pacientes con un delicado estado de salud y cuadros clínicos graves. También se comprende que, precisamente, la comunicación con estos pacientes es la herramienta principal para lograr que el trato humanizado sea posible. Por lo tanto, se entiende la comunicación como el intercambio de información, pensamientos, emociones, entre el paciente y el personal de atención en salud con el fin de lograr el mejor tratamiento posible sobre los principios bioéticos (Oliveira, Cavalcante, y Ferreira, 2021).

No obstante, y como se mencionó anteriormente, la comunicación es uno de los elementos que tiene mayores obstáculos dependiendo del estado de conciencia de los pacientes. Es por este motivo, que

resulta fundamental seguir estrategias que hagan posible la comunicación en el contexto del cuidado crítico, abogando porque esta sea siempre en función de dar cumplimiento a los principios anteriormente explicados.

En la búsqueda del bienestar deseado para el paciente, se exhorta acudir a la comunicación como herramienta comprendida desde la verbal, que corresponde a un 70% y el lenguaje corporal; permitiendo retroalimentación inmediata, efectividad y seguridad de los cuidados (Espinoza, et al. 2021). Es por ello que, todos los involucrados deben establecer una comunicación efectiva, afectiva, multidireccional, basada en asertividad; promoviendo adecuada relación entre los profesionales de la salud, los pacientes y las familias, la cual debe estar fundamentada en la comprensión, respeto y empatía. (Castro, et al. 2020).

Referencias

- Achury, D., M. y Achury, L. F. (2013). Participación familiar en el cuidado de pacientes críticos: una propuesta de fundamentación teórica. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 15(2),137-151 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145229803008>
- Bermejo, J., Brusco, A., & Martín, L. (2015). *La humanización en salud, tarea inaplazable*. Bogotá: San Pablo.
- Castro, G., Escalona, L., F. y Mulet, M., A. (2020). La orientación educativa para la efectividad de la comunicación asertriva médico-familia en situaciones quirurgicas pediátricas la comunicación asertiva médico-paciente-familia. *Didasc@lia: Didáctica y Educación*, 11(4). 200-213. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7798833>
- Compte, M., Marca-Francès, G., Menéndez, J. y Frigola, J. (2020). Necesidades de información en pacientes con enfermedades crónicas. ¿Cómo evitar el ruido en la relación médico-paciente?. *Revista Latina de Comunicación Social*, 75, 207-223. doi:<https://doi.org/10.4185/RLCS-2020-1423>
- Corrales, A., Góngora, C. y Quijano, N. (2017). Empatía, comunicación asertiva y seguimiento de normas. Un programa para desarrollar habilidades para la vida. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(1),58-65. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29251161005>
- Díaz, E. (2017). *La humanización de la salud: conceptos, críticas y perspectivas*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Etchvers M., Fabrissin J., Caletti, A. Stordeur M., Muzzio, G.(2009). Complementariedad terapéutica y tratamiento combinado. La importancia de la relación terapéutica y los factores interpersonales. I Congreso Internacional de Investigación y Practica Profesional en Psicología XVI. Jornadas de Investigacion 5to. Encuentro de Inv. En Psicología del Mercosur Facultad de Psicología – UBA. Buenos Aires
- Escobar, J. y Aristizabal, C. (2011). Los principios en la bioética: fuentes, propuestas y prácticas múltiples. *Revista Colombiana de Bioética*, 6, 76-109. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189222553006>
- Espinoza-Caifil, M., Baeza-Daza, P., Rivera-Rojas, F., y Ceballos-Vásquez, P. (2021). Comunicación entre paciente adulto críticamente enfermo y el profesional de enfermería: una revisión integrativa. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 10(1), 30-43. <https://doi.org/10.22235/ech.v10i1.2412>
- Mendoza-Maldonado, Y., y Barría-Pailaquilén, M. (2021). La comunicación en salud y la necesidad de integración interdisciplinaria. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 32(3), 1-16. <http://orcid.org/0000-0002-7991-8142>
- Mosquera, L. (2020). *Fortalecimiento de la Comunicación Asertiva y Efectiva Interna en Voluntarios y Directivos de la Fundación Semillas de Oportunidades en Quibdó – Chocó*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional abierta y a distancia]
- Oliveira, L., Cavalcante, T., y Ferreira, J. (2021). Prácticas asistenciales en salud y enfermería, ética, humanización y comunicación. *Cultura de los Cuidados*, 25(60), 1-5. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.60.01>

- Parada, K., R. (2021). Humanizar la toma de decisiones y las prácticas en la rehabilitación de pacientes con disfagia. [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Javeriana]
- Pinzón, G. (2014). Comunicación entre la enfermera y el familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos. [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia]
- Prieto, D. (2019). La deshumanización de la medicina en el sistema general de seguridad social en salud colombiano: una mirada desde la biotética. [Tesis de maestría, Universidad del Bosque]
- Rodríguez-Riaño, L., y Duarte-Valderrama, A. (2018). Fonoaudiología/logopedia en cuidado intensivo: el valor de la comunicación, más allá de las alteraciones de deglución. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 38(2), 84-91. doi:10.1016/j.rlfa.2017.08.002
- Siurana, J. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas* (22), 121-157. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-92732010000100006>
- Tarragán, A. (2015). *La humanización en salud, tarea inaplazable*. Bogotá: San Pablo.
- Torregrosa, L., Gempeler, F., y Silva, J. (2020). Conversaciones difíciles en medicina: el profesionalismo y humanismo en el arte de comunicar malas noticias. *Universitas -medica*, 61(1), 1-10. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed61-1.conv>
- Vega, Y. E., Torres, A., y del Campo, M. (2017). Análisis del rol del fonoaudiólogo (a) en el sector salud en Chile. *Ciencia & trabajo*, (19)59, 76-80 <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492017000200076>

Carol Andrea Bernal Castro
Docente Asesora

Ana Sofía Arias Herrera
Lizbeth Hernández Ayala
Catalina Valvuenas Cuartas
Roodly Katherine Parada Ospina
Especialista Fonoaudiología en Cuidado
Crítico
Facultad de Ciencias de la Salud