



EXPERIENCIA Y PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS RESPECTO DEL PROCESO DE COMUNICACIÓN CON LOS PACIENTES

Experience and perceptions of nurses regarding the communication process with patients

Elena Francés-Tecles¹:
Universidad Católica de Valencia, España.
elena.francés@ucv.es

Ramón Camaño-Puig:
Universidad de Valencia, España.
ramon.camano@uv.es

Cómo citar el artículo:

Francés-Tecles, Elena y Camaño-Puig, Ramón (2024). Experiencia y percepción de las enfermeras respecto del proceso de comunicación con los pacientes [Experience and perceptions of nurses regarding the communication process with patients]. *Revista de Comunicación y Salud*, 14, 1-15.
<https://doi.org/10.35669/rcys.2024.14.e342>

Resumen

Introducción. La práctica de la enfermería requiere de la integración de las destrezas comunicativas y clínicas, lo que redunda en mayor satisfacción de los pacientes y mejora de los resultados obtenidos, por lo que, a partir de las percepciones y experiencias de las enfermeras de atención primaria, se pretende valorar los procesos de comunicación. **Metodología.** Para la obtención de la información que demanda el estudio, se ha elegido la entrevista en profundidad. La transcripción literal permitió el establecimiento de categorías temáticas de análisis y la comparación de los resultados con la literatura. **Resultados.** La comunicación es percibida de forma muy distinta por cada profesional, sin un método estructurado, con falta de adaptación a las características de cada paciente, lo cual revierte en déficits de eficacia, comprensión y retención del mensaje. **Discusión.** Los problemas de comunicación provocan sentimientos de impotencia e

¹**Elena Francés Tecles**, es profesora, tutora académica y directora del Departamento de Enfermería en la Universidad Católica de Valencia (UCV). Diplomada en enfermería en 1986, es Máster en Bioética y obtuvo el doctorado en 2015, actualmente desarrolla actividades de investigación en Comunicación en Salud.

inseguridad entre los profesionales. La falta de una evaluación de los resultados en el proceso dificulta la posibilidad de mejora y continuidad en la atención. **Conclusiones.** La búsqueda de la excelencia de los cuidados requiere una formación y capacitación en términos de comunicación y la evaluación continua de los resultados como garantía de calidad y continuidad del cuidado.

Palabras clave: Enfermería, servicios comunitarios de salud, centros de salud, proceso de comunicación, usuarios de la comunicación, comunicación interpersonal, comunicación interactiva.

Abstract

Introduction. Nursing practice requires the integration of communication and clinical skills, which results in greater patient satisfaction and improvement in the results obtained, therefore, based on the perceptions and experiences of Primary Care nurses; it is intended to assess communication processes. **Methodology.** To obtain the information required by the study, the in-depth interview has been chosen, the literal transcription allowed the establishment of thematic categories of analysis and the comparison of the results with the literature. **Results.** Communication is perceived very differently by each professional, without a structured method, with a lack of adaptation to the characteristics of each patient, which results in deficits in efficacy, understanding and retention of the message. **Discussion.** Communication problems cause feelings of helplessness and insecurity among professionals. The lack of an evaluation of the results, in the process, hinders the possibility of improvement and continuity in care. **Conclusions.** The search for excellence in care requires education and training in terms of communication and continuous evaluation of the results as a guarantee of quality and continuity of care.

Keywords: Nursing, community health services, health centres, communication process, communication users, interpersonal communication, interactive communication.

1. INTRODUCCIÓN

Una comunicación deficiente o su ausencia entre las enfermeras y los pacientes, en las instituciones sanitarias, puede conducir a situaciones de error, que generen efectos adversos o a un inadecuado tratamiento. Diferentes asociaciones de enfermería, considerando entre ellas a la American Nursing Association (ANA), la American Association of Critical-Care Nurses (AACN) y el Consejo General de Enfermería han identificado la comunicación como una parte esencial de los estándares de la práctica, introduciendo este aspecto en sus respectivos códigos éticos, los cuales afirman que la enfermera debe de actuar con respeto en todas las relaciones llevadas a nivel profesional y añaden que la enfermera debe de participar en el establecimiento de los valores de la profesión a través de la acción individual y colectiva (Consejo General de Enfermería, 1989). En este sentido, tanto las asociaciones citadas, como muchas otras en diferentes países, ponen el énfasis en la necesidad de educar a los profesionales de enfermería en los conceptos y el desarrollo de las destrezas de comunicación, fundamentalmente, haciendo hincapié en la importancia de la escucha como un elemento esencial y clave de esa comunicación.

La AACN (2016) define las destrezas comunicativas como un diálogo “en dos direcciones en el cual las personas piensan y deciden juntas”, lo que plantea la necesidad de que las enfermeras sean excelentes comunicadoras, al menos, al mismo nivel que son diestras en los aspectos clínicos. Toda organización que reconoce estos aspectos y que plantea las avenidas adecuadas para la integración de las destrezas comunicativas y clínicas, desarrolla procesos en los cuales es fácil promover un ambiente de trabajo eficiente y de mejora continua. Según Laschinger *et al.* (2004), la

comunicación debería de ser uno de los elementos facilitadores en la búsqueda de soluciones, pero en ocasiones esta no fluye tal y como debería de fluir.

Proporcionar a las enfermeras más información, apoyo, recursos y oportunidades puede mejorar de forma fehaciente la comunicación entre sí y con sus pacientes. En este sentido, hay una amplia bibliografía que trata del tema, por lo que hemos utilizado para este trabajo, meramente, las referencias más directamente vinculadas con la posibilidad de apertura de nuevos objetivos que nos permitan llenar las brechas existentes en el conocimiento previo. Los trabajos de Knaus *et al.* (1986) fueron de los primeros en mostrar la relación entre el nivel de coordinación en una unidad de cuidados intensivos y la efectividad del cuidado. A partir de este trabajo la comunicación inadecuada se cita de manera habitual como una de las causas en las que se enraízan diferentes tipos de problemas relacionados con errores y efectos adversos. Por tanto, cualquier actuación que influya en la mejora de las habilidades comunicativas supone un cambio positivo de los procesos de comunicación, la satisfacción de los pacientes y de los resultados obtenidos.

2. OBJETIVOS

Mediante este trabajo se pretende realizar una valoración de los procesos de comunicación asistencial, entre pacientes y enfermeras, a partir de las percepciones y experiencia de estas últimas. Para ello, se analizará, a partir de sus propias palabras, el proceso de comunicación durante la atención en la consulta de enfermería, desde un punto de vista comunicativo. Y como se lleva a cabo su incorporación en el proceso asistencial de los correspondientes elementos de control y mejora continua, fomentando y promoviendo la efectividad y, entre profesionales, la competencia comunicativa al servicio del paciente.

3. METODOLOGÍA

La entrevista en profundidad fue escogida como el método principal para la obtención de la información que demanda el estudio. Un método de investigación cualitativa que exige la producción de un guion o *script* de entrevista, que en nuestro caso estuvo compuesto de cinco preguntas, que surgió de la reflexión acerca de los elementos constituyentes, en la profesión de enfermería de lo que es una buena comunicación, en el ámbito de la atención primaria, para lo que se utilizaron algunas referencias bibliográficas que hemos considerado de interés en este campo (Carrió, 2004; Clèries, 2006; Ruiz-Moral, 2004).

Las preguntas se generaron a partir de los modelos de Weiss (1994), Kvale (1996) y Valles (1997), tratando de obtener la experiencia personal de cada una/o de los entrevistados y optándose por plantear las preguntas con el siguiente encabezado: 'Desde tu experiencia...'. Cada una de ellas con una finalidad concreta de investigación, agrupadas en la categoría temática de 'acuerdos y consejos' a los pacientes. Quedando listadas para su utilización tal y como siguen:

- ¿Desde tu experiencia, es importante que el paciente conozca la evolución y riesgos de su proceso?
- ¿Desde tu experiencia, qué medios utilizas para transmitir los consejos sobre autocuidado?
- ¿Desde tu experiencia crees que el paciente comprende y asimila la información recibida en la consulta?
- ¿Desde experiencia es frecuente que el paciente tome decisiones y participe activamente de su tratamiento?
- ¿Desde tu experiencia cómo se resuelven las discrepancias o desacuerdos con el paciente? Y por último ¿Utilizas algún sistema para comprobar la eficacia de la consulta (de tus consejos e intervenciones)?

Para la selección de los entrevistados/as, se contactó con las coordinadoras de diferentes Centros de Atención Primaria de Valencia capital y alrededores, explicándoles el motivo y la finalidad de la investigación y solicitando el permiso para la realización de las entrevistas mediante la presentación del proyecto ante el Comité Ético e Investigación del área. Se procedió a la realización de un muestreo cualitativo en sintonía con el concepto de diseño flexible (Marshall y Rossman, 1989) y continuo (Rubin y Rubin, 1995), tratando de obtener la saturación teórica (Glasser y Strauss, 2009). La selección final de la muestra se llevó a cabo mediante la utilización de la estrategia o técnica de la ‘bola de nieve’ (Goodman, 1961). Un proceso de muestreo en el que se pide a los entrevistados que designen a otra persona con el mismo rasgo y así sucesivamente hasta obtener el número suficiente de sujetos.

Para la realización de las entrevistas, se eligieron las consultas de cada entrevistado, siendo el propio entrevistador quien se desplazó al lugar el día y la hora indicada. En cuanto al registro de las entrevistas se pidió el consentimiento para la grabación audiovisual al comienzo de cada entrevista, así como el correspondiente consentimiento para la utilización de su contenido en investigación y se informaba a los entrevistados/as del proceso de anonimización. Posteriormente se procedió a la realización de ‘entrevistas piloto’ o de prueba, para validar la claridad, conveniencia y el orden de las preguntas diseñadas (Wengraf, 2001) para la realización final de todas las entrevistas. Tras la transcripción de las entrevistas se procedió a ordenar los resultados por categorías temáticas, contrastándolos con la literatura revisada. En una segunda fase se procedió a revisar las transcripciones, teniendo en cuenta las notas del cuaderno de campo y detalles de la grabación visual, para registrar las ideas que han ido surgiendo durante la codificación.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La selección final de la muestra se llevó a cabo mediante la utilización de la estrategia o técnica de la ‘bola de nieve’, planteada en la metodología. Como producto de la aplicación de esta técnica, obtuvimos el resultado de 21 enfermeras/os entrevistados, cuatro de los cuales eran varones (19,9%) y diecisiete mujeres (80,1%), todos ellos informados previamente acerca de la finalidad del estudio y de las condiciones del mismo (videograbación, duración, tratamiento de los datos, etc.), procediendo a la codificación de su identidad mediante la asignación de la letra E y el número de orden de la entrevista.

Dado que pretendíamos analizar la importancia que se le otorgaba a la comunicación sobre los riesgos, las estrategias para lograr cambios en los estilos de vida y la participación de los usuarios en sus cuidados, iniciamos las entrevistas preguntando: ¿Desde tu experiencia, es importante que el paciente conozca la evolución y riesgos de su proceso? A lo que una gran parte de las enfermeras entrevistadas contestaron que es importante que los conozcan, pero que, por su experiencia diaria, constatan que la mayoría de los pacientes, por diferentes ‘factores condicionantes’, no lo asimilan, no lo entienden o bien no quieren saberlos. También encontramos algunos profesionales (E9 y E10), que opinaban que no es adecuado comunicar los riesgos al paciente. Dávila (2018) plantea que las demandas por negligencia profesional se deben a una deficiente comunicación sobre los riesgos del paciente. Cuando el paciente no recibe información comprensible y coherente, pueden adoptar medidas inapropiadas o injustificadas con sus consecuencias psicológicas y económicas. La falta de comunicación efectiva sobre el riesgo puede llegar a causar también daño físico.

No hubo unanimidad, entre los/as entrevistados/as, respecto de la importancia y relevancia que tiene la comunicación de riesgos a los pacientes, sin embargo, la comunicación de riesgos se define por la Organización Mundial de la Salud (1989): “como un proceso interactivo de intercambio de

información y coordinación de acciones, entre diferentes profesionales y comunicadores para aportar mensajes acerca de la naturaleza del riesgo que incluyan las preocupaciones y opiniones de la población, con el fin de que la población pueda tomar las mejores decisiones posibles para su bienestar al momento de una situación de riesgo". Este proceso incluye todas las acciones relacionadas desde la preparación, monitoreo, recuperación y evaluación.

Este concepto refuerza dos ideas centrales: la coordinación de acciones que debe existir entre investigadores, profesionales de la salud y comunicadores y la necesidad de una comunicación fluida y oportuna en todo el proceso de gestión de riesgo. Aunque también, tal y como hemos visto, a nivel individual, el Código Deontológico nos recuerda la responsabilidad de la enfermera para la prevención de riesgos para la salud, tanto para detectarlos, informar sobre ellos, realizar las acciones preventivas pertinentes y registrar y comunicar su actuación al respecto.

Cuervo y Aronson (2004) indican que en todos los ámbitos de la salud necesitamos información, sobre todo de los efectos de las intervenciones y tratamientos a los que se somete y es esencial transmitirlas al paciente. Algunos entrevistados lo consideraron importante, pero con condicionantes, por ejemplo, E2 planteó que: "Para unos sí, otros no se enteran y quien los cuida a veces no es ni de la familia", E3 consideraba: "que sí, que por lo menos se asustan un poco". E4 planteó que era necesario ajustarse al nivel cultural de las personas: "depende del nivel cultural de la gente, muchos no te entienden", para E7: "Depende de cada paciente, a muchos no vale la pena decirles, porque o no te entienden o no van a hacer caso, siempre lo suelen tomar como amenaza", sin embargo E8, consideró que: "Sí, es importante, pero la mayoría no llegan a comprender la envergadura, ellos piensan que siempre exageramos, no quieren ver la realidad, ellos vienen porque el médico les ha dicho que les controle la enfermera y ya está". E12 consideró que hay una falta de compromiso por parte de los pacientes aduciendo que: "la mayoría de las veces son ellos los que prefieren no saberlo para justificar de algún modo su falta de responsabilidad, ya sabes..., dieta, ejercicio, etc.". E14 procedió a ajustarse a cuestiones tales como: "Según su edad y su estado general". E15 consideró la necesidad de comprobar si el paciente y su familia estaban preparados "para recibir esa información" al igual que "también depende de la opinión de la familia". E16 afirmó que se debe proporcionar información: "La que sea capaz de comprender y asimilar. Solo los riesgos de las patologías que tratamos, riesgo cardiovascular, diabético, obesidad". E21 consideró que: "El paciente tiene que interiorizar, tiene los conocimientos, pero no los lleva a la práctica, no hace el cambio que hay que hacer". Así mismo, afirmaron que es deseable que la información se centre en los aspectos prácticos del proceso salud-enfermedad-atención y que el usuario adquiera un papel activo y colaborador.

Según Berry (2004) nuestra comprensión y comportamientos están notablemente influenciados por la forma en que se presenta la información y a este respecto, Ratna (2019) apunta la necesidad de métodos de intervención bidireccionales, que tienen un mayor impacto ya que ajustan la información a las necesidades de la persona y permiten una mayor interacción y participación del paciente.

Mediante las contestaciones a la siguiente pregunta: ¿Qué medios utilizas para transmitir los consejos sobre autocuidado?, pudimos observar convergencias de opinión, una gran mayoría de los entrevistados (13) afirmaron que la forma de transmitir los consejos es oral, hablando, repitiendo las cosas en cada visita. Algunos de ellos, aseguraban que el paciente se suele armar bastantes líos con tanta información y que es frecuente que al llegar a casa no recuerden casi nada de lo dicho en la consulta, por lo que consideran importante la utilización de folletos informativos, algún dibujo y medios audiovisuales. El modo en que un individuo percibe o encuadra un riesgo puede estar

influenciado de manera importante por la situación social, por las experiencias de los individuos de su entorno y por su biografía personal (Zinn, 2005). Ninguno de los entrevistados realizó apuntes sobre los conocimientos o experiencias previas del paciente como posible causa de la poca o mala comprensión de la información. No obstante, cabe destacar lo que dijo E7 ya que consideró que: “A cada paciente le va bien un método y tú te tienes que acoplar”, ante lo que E18 recalcó la importancia del tipo de lenguaje utilizado, teniendo en cuenta el nivel cultural del paciente: “Utilizando un lenguaje sencillo y claro, adecuado a su formación”. Para conseguir que la información, o los consejos, lleguen al paciente E21 propone que: “Lo más importante es que el paciente te comprenda, adaptarte al nivel cultural del paciente”. Podemos observar en estas últimas aportaciones, una coincidencia con lo que Palací (2008) afirma respecto de la comunicación, la cual resulta más efectiva cuando se utilizan mensajes rutinarios, ya que el emisor y el receptor están acostumbrados a ellos. Sin embargo, ningún participante hace uso de estrategias tales como la introducción de la redundancia y el uso del lenguaje no verbal en cualquiera de sus funciones: repetición, sustitución, acentuación, contradicción, regulación o complementación como aconseja Kreps (1995) para lograr una mayor eficacia comunicativa. De una manera parecida E6, reconocía la necesidad de una mejor preparación pedagógica en los profesionales de la salud para lograr comunicar de forma eficaz y afirmaba que se producía una mala utilización de los medios disponibles como son los audiovisuales, expresándolo así: “No se cuenta con muchos medios audiovisuales, necesitaríamos más conocimientos en pedagogía, tenemos aplicaciones informáticas con ejemplos y dibujos, pero no se utilizan casi nada”. E15 reconocía algunos inconvenientes sobre este tema: “Cada profesional tiene sus propias opiniones y consejos, así como la forma de explicarlos, lo cual muchas veces confunde al paciente. También depende de la experiencia de cada profesional”.

Debemos recordar que, según la literatura revisada, el consejo profesional debe tener como características básicas el que sea breve, personalizado, sistematizado, firme, oportuno y motivador. Además, según los modelos del proceso comunicativo en educación para profesionales de la salud, son principalmente dos tipos de acciones las que unidas consiguen una eficacia comunicativa, las demostraciones prácticas y la retroalimentación. Un segundo modelo enfatiza en la actitud centrada en el paciente teniendo en cuenta las palabras y rasgos no verbales del mismo y un tercer modelo se centra en la entrevista motivacional. Construir una relación terapéutica, requiere la adquisición de habilidades de aprendizaje activo, comunicación empática verbal y no verbal, y tener una conducta de apoyo y convencimiento, como afirman García-Marco *et al.* (2004) y que como hemos visto también lo consideran necesario algunos de los profesionales entrevistados. Los pacientes necesitan información personalizada acerca de sus propios riesgos y tienden a confiar en la opinión e información de los profesionales sanitarios con quienes han establecido una relación eficaz y fiable (Alaszewski y Horlich-Jones, 2003).

La visión del profesional sobre la comprensión y asimilación del paciente acerca de la información recibida se valoró mediante la pregunta: ¿Según tu experiencia crees que el paciente comprende y asimila la información recibida en la consulta?, para adicionalmente proceder a preguntar acerca de cómo se procedía a evaluar los resultados, lo que el paciente había comprendido, mediante la pregunta ¿Cómo lo compruebas?

En las contestaciones obtenidas podemos observar divergencias de opinión, ya que hubo nueve entrevistados que coincidieron en afirmar que la mayoría de los pacientes no comprenden ni asimilan la información que reciben en la consulta de enfermería, algunos opinaban que se debe tener en cuenta la capacidad de aprendizaje (E13), la edad (E1 y E13), el nivel cultural (E7 y E16), por lo que es imprescindible individualizar la información; la profesionalidad de la enfermera y el

vocabulario utilizado (E4); y su capacidad para transmitir la información (E9). Algunos afirmaban que, aunque en el momento de la consulta lo entienden, sin embargo, lo olvidan con mucha facilidad y hay que repetir la información muchas veces en consultas sucesivas (E5, E3, E12). Algunos de los encuestados, opinaban que los pacientes sí entienden la información como E3, E6, E7, E10, E16, E 19 y E20, pero a continuación afirmaron que: "luego no cumplen con lo acordado" (E3) "les cuesta" (E11).

En ningún caso hemos observado que la falta de comprensión del paciente se reconozca como responsabilidad de la enfermera, sin embargo, a lo largo del trabajo teórico hemos podido constatar que el profesional de enfermería debe asumir el hecho de que las relaciones interpersonales son una parte básica o fundamental del proceso de atención. Y, por consiguiente, parte integrante de los cuidados que presta el personal de enfermería (Sánchez y Rubio, 2001). La necesidad de habilidades comunicativas de los profesionales de enfermería (Al-Alawneh *et al.*, 2019) se justifica por varias razones, una de ellas el progreso de la sociedad, por el cual, el paciente de hoy desea implicarse en la toma de decisiones y la enfermera lo debe potenciar para lograr uno de sus fines primordiales, el fomento del autocuidado, la prevención y promoción de la salud, pues es imprescindible que la enfermera logre que su información y consejos lleguen a sus pacientes, de una forma clara y motivadora. Por último, no por ello menos importante, para lograr la eficacia comunicativa en enfermería (Friedemann *et al.*, 2002) es fundamental un enfoque centrado en la persona (Whitehead *et al.*, 2022), considerando tanto su situación personal como sus rasgos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales, mediante la adquisición de unas habilidades sociales eficaces.

En cuanto a cómo evalúa el profesional el grado de comprensión del paciente, hubo diversidad de opiniones, coincidiendo algunos en afirmar que lo comprueban por: "la cara que ponen" (E8, E16 y E18), "si siguen las instrucciones que se les ha dado" (E2 y E15), porque no han cumplido los objetivos (E9, E17, E19) "preguntando al paciente por lo explicado" (E6, E3, E11), "por los resultados de la analítica" (E20). Especial consideración merece la respuesta de E10, que afirmó que "el paciente sí que suele entender todo en la consulta pero que él no lo comprueba". Nos preguntamos sobre qué base podía afirmar que el paciente suele entender todo. Por último, E21, afirmaba que no cree que los pacientes entiendan y asimilen toda la información que reciben, sin embargo, le parece de la mayor importancia que los profesionales no lo comprueben, affirmando: "yo creo que nadie lo evalúa porque no nos creemos la importancia que tiene aquello que enseñamos o queremos enseñar".

En este apartado cobra especial interés la teoría sobre la importancia de la retroalimentación como factor comunicativo. El emisor en este caso, la enfermera debe contar con las habilidades suficientes para determinar si el *feedback* resultante de la comunicación, es positivo o negativo, mediante la actitud, el lenguaje no verbal y verbal del paciente. Por ejemplo, observar si durante el curso de la comunicación el paciente se muestra atento, asiente, replantea o repite de forma correcta la información recibida, en cuyo caso el *feedback* se considera positivo. Tal como afirma Shapiro (2004), el auténtico significado de cualquier comunicación no es tanto lo que el emisor pretende decir sino el efecto que esta comunicación provoca en el receptor. Una educación efectiva de nuestros pacientes no se concibe si no se incluyen procesos de autorregulación de la conducta (Flórez, 1997).

Como hemos apuntado anteriormente para que se pueda dar una comprensión del mensaje por parte del receptor (paciente), es fundamental que el emisor (enfermera) tenga un conocimiento de las características personales del mismo, de su lenguaje habitual, de sus capacidades y de sus

experiencias previas y que adapte su mensaje a ellas (Xue-Li *et al.*, 2023). La escucha resultará efectiva cuando el receptor llegue a comprender el mensaje del emisor, para ello, Hellriegel *et al.* (2004) sugieren unas pautas como son la motivación y la demostración de interés por parte del emisor, saber concentrarse en el mensaje sin emitir juicios a priori, resistirse a las distracciones y centrar la atención en el receptor, proporcionar retroalimentación sobre la comprensión del mensaje y realizar un resumen sobre lo que se ha entendido.

La siguiente pregunta realizada: ¿Según tu experiencia es frecuente que el paciente tome decisiones y participe activamente de su tratamiento? mostró un alto grado de convergencia en las respuestas obtenidas. Prácticamente todos los entrevistados coincidieron en afirmar que no es habitual que el paciente tome decisiones sobre el tratamiento, la mayoría tienen una actitud pasiva, esperan que la enfermera tome sus decisiones y les comunique los posibles cambios, las pautas a seguir, los consejos, etc. Cabe señalar que muchos coincidieron en añadir que influye mucho la edad y el estado de salud general, así como su formación o nivel cultural. En el caso de E6, además de responder a la pregunta negativamente, opinaba sobre lo que creía que debería de ser, affirmando: “Yo creo que no es frecuente, aunque opino que debería ser así, valorar sus preferencias, muchas veces no se les pide mucha opinión”. Para E13: “eso significaría una mayor implicación del paciente en su cuidado, pero desgraciadamente no es así, ellos se dejan aconsejar y te dejan opinar a tí”. En otra línea E8 planteó que: “No es muy frecuente, pero si lo hacen, yo les dejo opinar, que ellos me puedan decir en cualquier momento, cualquier cosa, es decir..., los trato como personas. No porque yo sea la profesional, tengo siempre la razón”.

Tal como afirma Alfaro-Lefevre (2003), el Proceso Enfermero tiene unas características humanísticas que afirman que a medida que planificamos y brindamos los cuidados debemos considerar los intereses, valores y deseos específicos del usuario (persona, familia o comunidad). La enfermera se debe esforzar por comprender los problemas de salud de cada individuo y el correspondiente impacto del mismo en la percepción de bienestar de la persona y en su capacidad para las actividades de la vida diaria.

El grado de participación y/o implicación del paciente en sus cuidados es directamente proporcional a la información recibida y asimilada. Así, tal como afirman Davis y Newstrom (1991), la aceptación es una decisión que toma quien recibe el mensaje. De esta forma, el receptor puede admitir el mensaje en diferentes grados (aceptación total o parcial) según la percepción que tenga sobre la exactitud del mensaje, la autoridad del emisor y las implicaciones del mensaje. Para que esto se pueda dar, es imprescindible que la enfermera adapte su lenguaje, expresión y los medios de comunicación a la edad, estado de salud general, estado anímico, nivel cultural, etc., de cada paciente, para que este pueda aportar sus opiniones o preferencias y participar activamente de su cuidado.

Mediante la siguiente pregunta se pretendía conocer en base a la experiencia de las entrevistadas ¿Cómo se resuelven las discrepancias o desacuerdos con el paciente?, coincidiendo varias enfermeras en que la forma de resolver estos conflictos es hablando y tratando de hacerles entender la importancia que tiene para su salud el cuidarse tal y como afirmaron: E2, E6, E8, E12, E19 y E21. Se podría percibir en algunas de las respuestas el desaliento o desconfianza de los profesionales sobre los resultados esperados de los pacientes, como observó E2: “con muchos de ellos la batalla está perdida, es difícil cambiar hábitos muy arraigados”, Para E3: “ellos siguen en el sofá viendo la televisión, toda la tarde, por mucho que les repitas la importancia de los paseos cortos y frecuentes”, E10: “la decisión final es de ellos”, E12: “muchas veces resulta imposible y le dejas que se salga con la suya”, E17: “a veces no vale la pena discutir con ellos”.

Pudimos observar que algunos profesionales coincidían en utilizar la amenaza o la riña cuando se encuentran con desacuerdos o incumplimientos del tratamiento por parte del paciente, según E20, frente a estas situaciones "puedes jugar con la ventaja de comentárselo al médico y que él le diga lo mismo, al médico le hacen más caso". Entre ellos E3 aseguraba que: "Les riñes, pero no sirve de nada", E15: "Les asustas con lo que le puede pasar si no lo hace bien, avisas de las consecuencias", E19 procedía recordando los riesgos que corre si no se cuida. No obstante, encontramos algunas posturas más optimistas y que utilizaban otras estrategias, como E6 que comentaba: "intento explicarles cuál es el problema y cómo lo vamos a tratar desde aquí, le ofrezco alternativas, si lo acepta podemos negociar, pero si no, no hay nada que hacer. Por ejemplo: cuando el paciente indica 'solo vengo a tomarme la tensión', muy bien, pero nos tenemos que plantear unos objetivos mediante unos cuidados. Tiene que quedar claro cuál es la responsabilidad de cada uno" o E21 que manifestó que "yo soy muy positivo, yo intento hacerle comprender que es muy importante para él cuidarse, en lugar de plantearle solo prohibiciones, decirle todo lo que, si puede hacer, abrirle puertas" y E7 que incorporaba aspectos personales: "Tratas de tener mucha paciencia. Con cada paciente es distinto y hay que tener en cuenta la situación personal de cada uno. Es muy importante dejar que se desahoguen, aunque yo reconozco que me enfado mucho y no me debería de enfadar, pero me da rabia y se lo digo".

Palací (2008) al definir el concepto de receptor, hace hincapié en la necesidad de un conocimiento previo de las características del mismo por parte del emisor, su jerga habitual, sus experiencias previas, para que se pueda dar una interpretación correcta del mensaje y sea eficaz la comunicación, cuando esto no se tiene en cuenta, él afirma que es muy probable una interpretación errónea del mensaje y posiblemente sea la causa fundamental de las discrepancias o incumplimiento de los tratamientos y cuidados. Debemos recordar en este punto la teoría aportada acerca de la relación terapéutica y la aplicación de habilidades sociales por parte de enfermería. La comunicación terapéutica constituye un nuevo enfoque en los cuidados enfermeros y se puede definir como un tipo de comunicación específica para una relación de ayuda. La base de la comunicación terapéutica es un pensamiento crítico y reflexivo por parte del profesional que sitúe al paciente en el centro de la relación, teniendo en cuenta sus necesidades, prioridades, dificultades, sentimientos, habilidades, etc., e ir configurando con él un programa de cuidados y trabajo, que se ajuste a su persona y entorno (Chabeli, 2007; Tolosa-Merlos *et al.*, 2023).

Para que la comunicación terapéutica sea eficaz debe establecerse entre enfermera y paciente, un clima de confianza y respeto, asegurando la confidencialidad y debe existir una continuidad o seguimiento a través de encuentros programados en los que el paciente expresa sus progresos, recaídas, dificultades, etc. y la enfermera valorara la posibilidad de progresar en la educación, según se vayan o no resolviendo los objetivos marcados en el plan establecido entre ambos, felicitando y elogiando los logros y animando para seguir trabajando o bien cambiando las estrategias cuando sea necesario.

La siguiente pregunta interrogaba acerca de si se utilizaba algún sistema para comprobar la eficacia de la consulta (de sus consejos e intervenciones), ante lo que no se ha podido constatar ningún sistema o estrategia específica para la comprobación de la eficacia de la consulta, que en el Proceso de Atención de Enfermería (Wolf, 2022) se lleva a cabo mediante la evaluación de los indicadores de objetivos, o resultados de enfermería, medidos con escalas. Las entrevistadas E2, E7, E10, E19, E20 y E21, afirmaron que lo comprueban por los resultados de analíticas, tensión arterial y peso que presentan los pacientes en consultas sucesivas, es decir para ellos, si los resultados mejoran, la consulta ha sido eficaz. Solo E6 afirmó comprobar resultados por la constatación de objetivos cumplidos y decía: "Si, yo generalmente pacto los objetivos para sucesivas consultas, repasamos y

evalúo los resultados o el cumplimiento de los objetivos con el diario, anotaciones y constantes, peso, etc., según datos objetivos, que pueda constatar, indagando con preguntas, etc.”. Todos coinciden en afirmar que no cuentan con suficiente tiempo para hacer este tipo de evaluación y, por otro lado, como afirma E1: “No lo puedes saber, ellos hacen lo que quieren en su casa”.

Todas las respuestas a esta pregunta excepto la de E6, hacen pensar que hay un cierto desconocimiento de la metodología de trabajo enfermero y de los proceso de evaluación de resultados ni lo que esto implica para unos cuidados eficaces y eficientes, como hemos visto en la literatura, y mediante el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre (Boletín Oficial del Estado, 2010) que aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, que se deben registrar en el informe de cuidados de enfermería utilizando diagnósticos activos, así como las valoraciones de intervenciones de enfermería utilizando los NIC y los resultados de Enfermería, utilizando los NOC (Shin *et al.*, 2023), en ese mismo año, mediante la SAS/1729/2010, de 17 Junio se aprobó y publicó el programa formativo de la especialidad en enfermería de familia y comunitaria, en que se estableció que hay que valorar la Cartera de Servicios actualizada y el papel que la enfermería va a desempeñar en Atención Primaria, incluyendo toda aquella actividad que favorezca el mantenimiento, prevención y mejora de la salud del usuario.

Tal como afirma Alfaro-Lefevre (2003) la evaluación de los resultados, como último paso del proceso, es imprescindible para comprobar la capacidad funcional de la persona, en comparación con lo que se esperaba y se había planteado como puntuación diana en la escala de valoración de los indicadores de los objetivos o resultados esperados, tras establecer las intervenciones de enfermería y llevar a cabo las actividades para ello. La evaluación permite conocer por un lado el progreso del paciente, la aparición de nuevos problemas y la constatación del trabajo realizado. La eficacia de las intervenciones de enfermería se logra conocer mediante una evaluación continua, sin la cual, no sabemos si los objetivos o resultados esperados se han alcanzado en su totalidad, ni si las estrategias de intervención han sido adecuadas o eficaces o por el contrario debemos modificar algunas intervenciones y actividades de enfermería.

A modo de resumen, se podría decir que existen disonancias entre lo que se considera ideal, por ejemplo, la necesidad de que el paciente conozca la evolución y riesgos de su proceso y las actividades que se llevan a cabo por parte del personal de enfermería, entre lo que se considera objetivamente adecuado y los medios que se utilizan, así como, las oportunidades para que el paciente tome decisiones y participe activamente de su tratamiento. Siendo imprescindible que profesionales e instituciones entiendan este problema y faciliten procesos de formación en metodologías de enfermería y comunicación que pongan énfasis en la evaluación. Al tiempo, sería interesante desarrollar metodologías que contribuyan a reducir la variabilidad en la práctica.

5. CONCLUSIONES

La valoración y análisis llevada a cabo de los procesos comunicativos, entre las enfermeras y los pacientes nos informa, que hasta cierto punto no es todo lo apropiada que debería de ser, con una carencia de procedimientos que podría tener sus raíces en la falta de formación en relación con la comunicación. En nuestra opinión, los profesionales, en general, se muestran decepcionados ante la falta de efectividad y, al tiempo, de calidad en las consultas de enfermería desde un punto de vista comunicativo. Por todo ello, podemos afirmar que siendo esenciales los procesos comunicativos hay un déficit de herramientas comunicativas y de entrevista que afectan a diferentes aspectos de su trabajo, así como es necesaria la incorporación de aspectos metodológicos

básicos de atención de enfermería. Lo que da lugar a uno de los problemas fundamentales del actual sistema sanitario, la enorme insatisfacción que existe en los pacientes respecto de las relaciones personales y los procesos comunicativos con los profesionales sanitarios (Landman *et al.*, 2015; Vidal *et al.*, 2009).

Adicionalmente, no se ha observado consenso acerca de la importancia de la comunicación sobre el riesgo a los pacientes, esta es percibida de forma muy distinta de unos profesionales a otros, dado que la transmisión del consejo profesional se lleva a cabo sin un método previamente estructurado en base a las características de cada paciente, lo cual revierte en déficits de comprensión, retención del mensaje y eficacia de los resultados, lo que a su vez provoca un sentimiento de impotencia entre los profesionales y pone de manifiesto la existencia de una brecha entre los ideales y la práctica. La carencia de una evaluación de los resultados en el proceso de enfermería impide o dificulta la posibilidad de una mejora y continuidad en el cuidado.

La búsqueda de la excelencia de los cuidados requiere de formación y capacitación en términos de comunicación del profesional para la valoración de las necesidades, captación o descubrimiento de los deseos y preferencias de la persona, su capacidad para participar en los mismos y una evaluación continua de los resultados como garantía de calidad y continuidad del cuidado.

La evaluación crítica, cuidadosa, deliberada y detallada de los diversos aspectos de los cuidados del paciente, es la clave para la excelencia en la provisión de los cuidados de salud. Esto puede marcar la diferencia entre las prácticas de cuidados predestinadas a repetir los errores y las prácticas de cuidados seguros, eficientes y en constante mejora. La evaluación proporciona la retroalimentación necesaria para valorar la satisfacción del paciente y maximizar el valor de la provisión de cuidados de la salud. Para mejorar debemos considerar tanto las necesidades como los deseos o preferencias de los pacientes, y para ello sería necesario implementar un modelo comunicativo interactivo en la comunicación enfermera-paciente así como la implantación de programas de formación previa y continua para el conocimiento y entrenamiento en habilidades sociales y estrategias comunicativas para enfermería de atención primaria mediante cursos y talleres con especial énfasis en la elaboración de documentos escritos y gráficos adaptados a las características de los pacientes. Adicionalmente, es necesario decir que el tipo de investigación utilizado constituye a la vez un punto de partida y una limitación del estudio, pues, aunque se obtuvo la saturación teórica, la muestra es escasa y con una perspectiva de generalización limitada. Es nuestro planteamiento ampliar el proceso de investigación mediante la utilización de metodologías cuantitativas y las entrevistas a pacientes.

Esta investigación no ha contado con apoyo financiero de ningún tipo, de hecho, declaramos que no tenemos ningún interés comercial o asociativo que represente un conflicto de interés en relación con el trabajo presentado.

6. REFERENCIAS

Al-Alawneh, M. K., Shafeeq Hawamleh, M., Al-Jamal, D. A. H. y Suleiman Sasa, G. (2019). Communication Skills in Practice. *International Journal of Learning, Teaching and Educational Research*, 18(6), 1-19. <https://doi.org/10.26803/ijlter.18.6.1>

Alaszewski, A. y Horlick-Jones, T. (2003). How can doctor's communication about risk more effectively? *BMJ*, 327, 721-731. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7417.728>

Experiencia y percepción de las enfermeras respecto del proceso de comunicación con los pacientes

Alfaro-Lefevre, R. (2003). *Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración*. Ed. Elsevier Masson 5^a edición.

American Association for Critical-Care (2016). *Nurses Standards for Establishing and Sustaining Healthy Work Environments*. AACN. <http://www.aacn.org/wd/hwe/docs/hwestandards.pdf>.

Berry DC. (2004). *Risk Communication and Health Psychology*. Open University Press.

Boletín Oficial del Estado. (2010). *Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud*, número 225. <https://www.boe.es/boe/dias/2010/09/16/pdfs/BOE-A-2010-14199.pdf>

Carrió, F. B. (2004). *Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas*. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

Chabeli, M. M. (2007). Facilitating critical thinking within the nursing process framework: a literature review. *HEALTH SA GESONDHEID: Journal of interdisciplinary Health Sciences*, 12(4), 69-89. <https://doi.org/10.4102/hsag.v12i4.273>

Clèries, X. (2006). *La comunicación: Una competencia esencial para los profesionales de la salud*. Masson.

Consejo General de Enfermería. (1989). *Código Deontológico de la enfermería española*. Consejo General de Enfermería.

Cuervo, L. y Aronson, J. K. (2004). The road to healthcare. *British Medical Journal*, 329, 1-2. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7456.1>

Dávila Rodríguez A. A. (2018). Medicina defensiva. ¿Evitable? *Cirujano general*, 40(1), 54-60. <https://acortar.link/drME86>

Davis, K. y Newstrom, J. W. (1991). *Comportamiento humano en el trabajo: comportamiento organizacional*. McGraw-Hill.

Flórez, L. (1997). Análisis de un programa de autocontrol comportamental para la promoción de salud en población adulta. *Psicol Conduct*, 5(3).

Friedemann Smith, C., Lunn, H., Wong, G. y Brian, D. Nicholson. (2022). Optimising GPs' communication of advice to facilitate patients' self-care and prompt follow-up when the diagnosis is uncertain: a realist review of 'safety-netting' in primary care. *BMJ Qual Safe*, 31(7), 541-554. <https://doi.org/10.1136/bmjqqs-2021-014529>

García-Marco, M. I., López Ibort, M. N. y Vicente Edo, M. J. (2004). Reflexiones en torno a la Relación Terapéutica: ¿Falta tiempo? *Índex de Enfermería*, 13(47), 44-48. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1132-12962004000300010

Glasser, B. G. y Strauss, A. L. (2009). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Transaction Publishers.

Goodman, L. A. (1961). Snowball sampling. *Annals of Mathematical Statistics*, 32, 148-170.

Hellriegel, D., Slocum, J. W. y Richard, W. (2004). *Woodman Organizational behavior*. Thomson/South-Western.

Knaus, W. A., Draper, E. A., Wagner, D. P. y Zimmerman, J. E. (1986). An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers. *Annals of Internal Medicine*, 104(3), 410-418.

Kreps, G. L. (1995). *La comunicación en las organizaciones*. Addison-Wesley Iberoamericana.

Kvale, S. (1996). *Interviews. An introduction to qualitative research interviewing*. Sage.

Landman Navarro, C., Cruz Osorio, M. J., García García, E., Pérez Meza, P., Sandoval Barrera, P., Serey Burgos, K. y Valdés Medina, C. (2015). Satisfacción usuaria respecto a competencia de comunicación del profesional de enfermería. *Ciencia y enfermería*, 21(1), 91-102. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000100009>

Laschinger, H. K. S., Finegan, J. E., Shamian, J. y Wilk, P. (2004). A longitudinal analysis of the impact of workplace empowerment on work satisfaction. *Journal of Organizational Behavior*, 25(4), 527-545. <https://doi.org/10.1002/job.256>

Marshall, C. y Rossman B. (1989). *Designing qualitative research*. Sage.

Organización Mundial de la Salud (1989). *Nuevos métodos de educación sanitaria en la atención primaria de salud*. Organización Mundial de la Salud.

Palací, F. J. (2008). *Psicología de la Organización*. Pearson Educación, S.A.

Ratna, H. (2019). The Importance of Effective Communication in Healthcare Practice. *Harvard Public Health Review*, 23, 1-6. <https://www.jstor.org/stable/48546767>

Rubin, H. J. y Rubin, I. S. (1995). *Qualitative interviewing: the art of hearing data*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Ruiz-Moral, R. (2004). *Relación Clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar*. Sociedad Española de Medicina y Comunitaria.

Sánchez, M. M. y Rubio, J. M. L. (2001). Entrenamiento en habilidades sociales: un método de enseñanza aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal en el área de enfermería. *Psicothema*, 13(2), 247-251. <https://www.psicothema.com/pdf/443.pdf>

Shapiro, M. (2004). *Neuro-Linguistic programming*. Hodder & Stoughton.

Shin, J. H., Jung, S. O. y Lee, J. S. (2023). Identification of North American Nursing Diagnosis Association—Nursing Interventions Classification—Nursing Outcomes Classification of nursing home residents using on-time data by android smartphone application by registered nurses. *International Journal of Nursing Knowledge*, early view, 1- 23. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12419>

Tolosa-Merlo, D., Moreno-Poyato, A. R., González-Palau, F., Pérez-Toribio, A., Casanova-Garrigós, G. y Delgado-Hito, P. MiRTCIME.CAT Working Group (2023). Exploring the therapeutic relationship through the reflective practice of nurses in acute mental health units: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 32, 253-263. <https://doi.org/10.1111/jocn.16223>

Valles, M. S. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*. Síntesis.

Experiencia y percepción de las enfermeras respecto del proceso de comunicación con los pacientes

Vidal Blan, R., Adamuz Tomás, J. y Feliu Baute, P. (2009). Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enfermería Global*, 17. <https://acortar.link/WogQwm>

Weiss, R. (1994). *Learning from strangers. The art and method of qualitative interview studies.* The Free Press.

Wengraf, T. (2001). *Qualitative Research Interviewing. Biographic, narrative and semi structured methods.* Sage.

Whitehead, P., Frechman, E., Johnstone-Petty, M., Kates, J., Djin L.Tay, DeSanto, K y Fink, R. G. (2022). A scoping review of nurse-led advance care planning. *Nursing Outlook*, 70(1), 96-118. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.08.002>

Wolf, L. A (2022). A Problem Well-Named is a Problem Half-Solved: Usefulness of Nursing Diagnosis as a Way to Teach Emergency Nursing. *Understanding research*, 49(1), 57-59. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2022.11.002>

Xue-Li, Liangcheng-Ding, Pei-Ning, Yuan-Li, Holly-Wei y Qinghui-Meng (2023). Construction of a nurses' interpersonal communication knowledge system: A Delphi study. *Nurse Education Today*, 120, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105630>

Zinn, J. (2005). The biographical approach-A better way to understand behavior regarding Health and illness? *Health Risk Soc*, 7(1), 1-9. doi.org/10.1080/13698570500042348

CONTRIBUCIONES DE AUTORES, FINANCIACIÓN Y AGRADECIMIENTOS

Conceptualización: Francés-Tecles, Elena y Camaño-Puig, Ramón. **Metodología:** Francés-Tecles, Elena y Camaño-Puig, Ramón. **Validación:** Francés-Tecles, Elena y Camaño-Puig, Ramón. **Ánalisis formal:** Francés-Tecles, Elena y Camaño-Puig, Ramón. **Curación de datos:** Francés-Tecles, Elena y Camaño-Puig, Ramón. **Redacción-Preparación del borrador original:** Francés-Tecles, Elena y Camaño-Puig, Ramón. **Redacción-Revisión y Edición:** Francés-Tecles, Elena y Camaño-Puig, Ramón. **Visualización:** Francés-Tecles, Elena y Camaño-Puig, Ramón.. **Supervisión:** Francés-Tecles, Elena y Camaño-Puig, Ramón. **Administración de proyectos:** Francés-Tecles, Elena y Camaño-Puig, Ramón. **Todos los autores han leído y aceptado la versión publicada del manuscrito:** Francés-Tecles, Elena y Camaño-Puig, Ramón.

Financiación: Esta investigación no recibió financiamiento externo.

Conflicto de intereses: Los autores manifiestan no tener interés comercial o asociativo que represente un conflicto de interés en relación con el trabajo presentado.

AUTORES

M. Elena Francés Tecles

Es profesora, tutora académica y directora del Departamento de Enfermería en la Universidad Católica de Valencia (UCV). Diplomada en enfermería en 1986, es Máster en Bioética y obtuvo el doctorado en 2015, actualmente desarrolla actividades de investigación en Comunicación en Salud.

Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0003-1987-4042>

Ramón Camaño Puig

Actualmente trabaja como profesor titular en la Universidad de Valencia. Es enfermero, licenciado en Comunicación Audiovisual y máster en periodismo, habiendo obtenido el Diploma de Estudios Avanzados por la Universidad de Valencia y el título de doctor europeo por Leeds Metropolitan University, en 1997, en Leeds, Reino Unido. Con experiencia investigadora en Comunicación en Salud, Gestión en Salud y Comunicación de Riesgos, actualmente desarrolla actividades de investigación en la historia de las profesiones de la salud y de los hospitales, así como aspectos relacionados con la epistemología en ciencias de la salud.

Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0002-8018-2232>