

## **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN USUARIO CON ALTERACIÓN DE LA COMUNICACIÓN VERBAL**

### **NURSING CARE OF A PATIENT WITH A VERBAL COMMUNICATION DISORDER**

**Dayann Martínez\***

Alumna de Enfermería, Bachiller en Ciencias, Escuela de Enfermería, UC

**Paula Vega**

Enfermera Matrona, Especialista en Enfermería Oncológica Pediátrica, © Magíster en Enfermería Clínica, Profesora Asistente, Escuela de Enfermería, UC

**Jennifer Díaz**

Alumna de Enfermería, Escuela de Enfermería, UC

---

Artículo recibido el 29 de julio, 2008. Aceptado en versión corregida el 22 de octubre, 2008

#### **RESUMEN**

*Las personas ocupan cerca del 70% de las horas de vigilia comunicándose verbalmente. Sin embargo, pueden existir problemas de salud que alteren la comunicación, dificultando el establecimiento de relaciones interpersonales satisfactorias. Uno de ellos es el Traumatismo Encéfalo Craneano [TEC], el que puede tener secuelas que generen alteraciones en la capacidad de comunicación de la persona, su autoestima y las relaciones interpersonales. Para enfermería este problema se transforma en un gran desafío, que motiva a encontrar nuevas estrategias de valoración e intervención que permitan una pronta rehabilitación. A través de un caso clínico real, se planteó el objetivo de valorar la importancia del trabajo interdisciplinario y el desarrollo de nuevas estrategias para enfrentar los trastornos de la comunicación de un usuario con TEC. Al establecerse nuevas estrategias de comunicación verbal y no verbal, se logró valorar las necesidades reales y sentidas por el usuario, y con ello la posibilidad de ayudarlo a satisfacerlas, facilitando el proceso de rehabilitación. **Palabras clave:** Trastorno de la comunicación, atención de enfermería, traumatismo encéfalo craneano.*

#### **ABSTRACT**

*People occupy approximately 70% of waking hours communicating verbally. However, there may be health problems that affect communication, hampering the establishment of satisfactory interpersonal relationships. One such example is Traumatic Brain Injury (TBI), which may have effects that generate changes in the communication skills of the person, their self-esteem and interpersonal relationships. For nursing, this problem is a challenge, requiring new strategies for assessment and intervention that allow for early rehabilitation. The study of an actual clinical case was conducted with the objective of valuing the importance of interdisciplinary work and developing new strategies to cope with the disruption of communication of a patient with TBI. The establishment of a new set of verbal and nonverbal communication strategies allowed for assessment of real needs, and needs felt by the patient. This allowed for the possibility of meeting those needs in a satisfactory manner, facilitating the process of rehabilitation. **Key words:** Communication disorders, nursing care, traumatic brain injury.*

---

\* Correspondencia e-mail: dcmartin@uc.cl

## INTRODUCCIÓN

Las personas ocupan alrededor de 11 horas diarias comunicándose verbalmente, lo que equivale al 70% del tiempo de vigilia (Berlo, 1969). El proceso comunicativo es imprescindible para poder establecer relaciones interpersonales, sin embargo, existe la posibilidad que la comunicación o el lenguaje oral estén alterados. Entonces ¿qué sucede en aquellas relaciones interpersonales en las cuales falla el lenguaje oral debido a que este está inadecuadamente construido o desarrollado?

Se estima que los trastornos de la comunicación afectan desde un 5% a un 10% de la población general, lo que puede asociarse con un mayor riesgo para desarrollar depresión y otras comorbilidades (Strawbridge, 2000 citado en Barlett, Blais, Tambllyn, Clermont, & MacGibbon, 2008) y a mayores probabilidades de sufrir eventos adversos prevenibles durante las hospitalizaciones (Barlett et al., 2008).

Existen distintos tipos de problemas de salud que como consecuencia pueden provocar trastornos en la comunicación, un ejemplo es el Traumatismo Encéfalo Craneano [TEC]. En Chile, este problema de salud es la principal causa de muerte y de secuelas de tipo neurológicas en población adolescente y adulta joven de 20 a 40 años (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2007), lo que genera trastornos a nivel individual y social, tanto por la frecuencia con la que ocurre como por sus devastadoras secuelas. Entre los trastornos más importantes están las alteraciones motoras y sensitivas que afectan la deglución, el control de esfínteres y la comunicación; alteraciones neuropsicológicas y problemas conductuales y emocionales, que se manifiestan en impulsividad, baja tolerancia a la frustración, cambios en la expresión emocional y conductas sociales inapropiadas, entre otras (Birkenbihl, 1983; Nalegach, 2004). Asimismo, provoca una importante discapacidad posterior, la que determina un cambio de vida, tanto en la persona que lo vive, como en quienes lo rodean. Debido a esto, la persona que ha sufrido un TEC, requerirá

ineludiblemente de intervenciones integrales en el proceso de rehabilitación para llegar a conseguir el nivel más alto de adaptación física, psicológica y social que sea capaz de lograr (Bernabeu, 1999).

En el caso de una persona que ha sufrido un TEC, uno de los aspectos a valorar y tratar es su capacidad de comunicarse, cobrando especial valor la facultad emisora, ya que se ve muy deteriorada posterior a este tipo de traumatismos (Bernabeu, 1999). Esta facultad es un componente esencial, ya que puede dificultar considerablemente las intervenciones de enfermería y de manera trascendental las relaciones interpersonales, al no poder determinar las reales necesidades del usuario.

La gravedad y consecuencias de este problema de salud se ejemplifica en el caso clínico que se presentará a continuación, evidenciándose que la comunicación es un elemento fundamental para el desarrollo de relaciones interpersonales entre el usuario, el equipo de enfermería y su entorno, y es un elemento facilitador del proceso de rehabilitación. Es por ello que el conocimiento de estrategias que fomenten el proceso comunicativo, sobre todo en aquellos que están imposibilitados de establecer un lenguaje oral, permitirá al equipo de salud la comprensión integral de sus necesidades y de este modo, podrán estimularlo para continuar con su proceso de rehabilitación.

El presente caso clínico da a conocer los cuidados de enfermería otorgados durante la hospitalización en un Instituto de Rehabilitación Infantil, de un usuario adulto joven, que padeció de un TEC. El Proceso de Atención de Enfermería [PAE] se basó en el Modelo de Autocuidado propuesto por Dorotea Orem, dándose énfasis al proceso comunicativo, de manera de fomentar habilidades de afrontamiento personal y la satisfacción del requisito universal de mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social (Orem, 1993).

Los objetivos del presente trabajo son dar a conocer la importancia del trabajo interdisciplinario en el restablecimiento de la

comunicación en la rehabilitación integral de un usuario con traumatismo encéfalo craneano y presentar nuevas estrategias para el cuidado de enfermería en los problemas de comunicación e interacción social asociados al TEC.

### **CASO CLÍNICO**

Matías, adulto joven de 24 años, soltero. Pertenece a un sistema familiar nuclear, grande, completo y organizado. Hace 2 años finalizó sus estudios universitarios con distinción, lo que le permitió ganar una beca para continuar sus estudios de postgrado en el extranjero. Sin embargo, un mes antes de su partida sufrió un grave accidente automovilístico. En el centro asistencial donde fue atendido se le diagnosticó un "estado vegetativo persistente". Meses después fue ingresado al Instituto de Rehabilitación Infantil [IRI] para rehabilitación integral y manejo avanzado de heridas, debido a úlceras por presión en ambos talones. Sus diagnósticos médicos fueron: TEC grave complicado, tetraparesia espástica severa, trastornos de deglución, gastrostomía y trastorno del lenguaje.

Al cuarto día del ingreso se observó a Matías somnoliento, despertando solo por periodos cortos de tiempo y con un bruxismo mantenido que no le permitía articular palabras. El estoma de la traqueotomía se encontraba cerrado y su gastrostomía estaba permeable y en uso. Las cuatro extremidades se encontraban contracturadas, solo realizaba movimientos voluntarios débiles con la extremidad superior derecha. Al realizarle la entrevista, Matías escuchaba atentamente las preguntas que se le hacían y solo respondía a preguntas simples, indicando con la mirada hacia arriba si era afirmativo y hacia abajo en caso contrario. En la entrevista a la madre, esta refirió que a Matías le gustaba mucho un determinado grupo musical, información que luego permitió establecer un primer contacto con el paciente.

Pese a los problemas neuromusculares que presentaba Matías, hubo instancias en las cuales el joven logró manifestar sus

necesidades, como por ejemplo, en la instancia del baño en silla, en donde mantuvo fuertemente sus manos sobre los genitales rechazando el lavado y durante los cambios de posición, respondiendo con fuertes gemidos. Ese mismo día fue visitado por sus compañeros, quienes le mostraron dibujos y diagramas específicos de su área de estudios, y por medio de movimientos oculares, contestó correctamente a las preguntas que le hicieron.

### **Valoración de enfermería según requisitos de autocuidado**

#### ***Requisitos de autocuidado universales***

Matías tenía gran parte de los requisitos universales alterados, tal como se especificó anteriormente, sin embargo, el análisis se hará en relación a la comunicación.

#### **Mantención de balance entre soledad e interacción social:**

debido a su condición, en Matías se pudieron pesquisar varios factores que alteran este requisito. El más importante fue la dificultad para poder emitir mensajes verbales claros y audibles, producto del bruxismo y los movimientos espásticos. Esto provocaba gran frustración tanto en él como en quienes lo rodean. La ausencia de métodos que facilitaran esta situación, junto con su somnolencia y pérdida de la atención, también afectaban la mantención de relaciones sociales satisfactorias.

#### ***Requisitos de autocuidado del desarrollo***

La etapa del desarrollo de Matías es la adultez joven, que se caracteriza por ser un periodo que lleva a una mayor estabilidad emocional, autonomía y proyección en cuanto a metas y en la que se debería consolidar la estabilidad de pareja (Masalán & González, 2003). Producto del accidente, Matías perdió gran parte de la autonomía lograda y pasó a depender, casi por completo de otras personas para satisfacer sus necesidades y cuidados. Debido a su gran dificultad para mantener una comunicación clara, no fue posible evaluar con exactitud su estabilidad emocional ni sus proyecciones futuras.

### **Requisitos de autocuidado en desviaciones de la salud**

En el usuario se estaban satisfaciendo los requisitos de buscar y asegurar atención médica apropiada, para así llevar a cabo eficazmente las medidas terapéuticas y de rehabilitación. Esto quedó demostrado en el alto grado de cooperación para realizar los ejercicios y acciones sugeridas por los profesionales del equipo multidisciplinario que trabajaba con él.

Con respecto al requisito de estar consciente y atento a los efectos de las condiciones patológicas, Matías fue informado de su condición, pero debido a su problema de comunicación, no fue posible conocer el nivel de comprensión de la misma.

En relación al requisito de estar alerta y preocuparse de los efectos secundarios derivados del tratamiento médico, en este caso, fueron sus padres los que asumieron este rol y se encontraban informados y pendientes de los efectos secundarios del mismo.

Por último, el requisito de modificar su autoconcepto y autoimagen, aceptando su estado de salud y las necesidades de cuidado para aprender a vivir con los efectos de las condiciones patológicas y del tratamiento médico, estaba siendo trabajado junto al equipo de psicólogos, pero al igual que en los requisitos mencionados anteriormente, no se logró evidenciar con exactitud la satisfacción de este debido a la imposibilidad que tenía Matías de comunicarse por vía oral.

### **Valoración según la Agencia de Autocuidado**

**Capacidades relacionadas con el conocer, tomar decisiones y actuar para llevar a cabo el autocuidado:** durante la valoración inicial, Matías no podía tomar las decisiones que él quería, sino que estas pasaban por la supervisión y determinación de sus padres.

**Componentes de Poder:** considerando la magnitud de las secuelas que provocó el accidente automovilístico, al momento de la valoración no fue posible pesquisar la

ausencia o presencia de la mayor parte de los componentes de poder, sin embargo era posible observar que Matías no contaba con las habilidades necesarias para mantenerse como agente de autocuidado, no podía usar controladamente su energía física para realizar acciones de autocuidado, ni tenía habilidad para controlar el cuerpo y sus partes.

**Operaciones de Autocuidado:** debido a la dificultad para expresarse por medio del lenguaje oral, no se pudo valorar la presencia de operaciones estimativas. Al mismo tiempo, la imposibilidad de tomar sus propias decisiones y de ejecutar las acciones requeridas para satisfacer sus necesidades, no le permitían realizar las operaciones transicionales y las productivas.

Con respecto a la agencia de autocuidado, el usuario no era capaz de cubrir sus demandas de autocuidado, ni las derivadas de su desviación de salud, por lo que se encontraba en déficit de autocuidado y necesitaba la ayuda de otro agente para poder satisfacerlas.

### **Diagnósticos de Enfermería**

Trastorno de la comunicación verbal relacionado con disminución de la capacidad para articular el lenguaje secundaria a lesión cerebral por TEC manifestado por ausencia en la emisión de mensajes verbales audibles.

### **Sistema de Enfermería**

Dado el estado de salud presentado por Matías, el sistema de enfermería en la mayoría de los casos fue totalmente compensatorio y en el caso de la satisfacción del requisito de soledad e interacción social, fue de apoyo y educación.

### **Planificación de la Intervención y Evaluación de los Cuidados de Enfermería**

Matías presentaba una disminución de la capacidad de articular el lenguaje producto de un bruxismo mantenido por lo que se utilizaron estrategias comunicativas por medio de la estimulación del lenguaje no verbal. Para esto se le pidió que realizara los movimientos oculares antes utilizados, para

señalar "afirmativo" (mirando hacia arriba) o "negativo" (mirando hacia abajo), como la única forma para contestar preguntas del tipo cerradas. Y se le informó de esto a sus familiares y al equipo de salud, con el objetivo de contar con una manera estandarizada de comunicación y evitar posibles confusiones.

En coordinación con el fonoaudiólogo, se realizaron ejercicios de fonación que buscaban estimular inicialmente movimientos de labios y luego de la lengua. Complementariamente a esto, se implementaron estrategias que permitieran motivar a Matías a realizar estos ejercicios con el objetivo de facilitar la futura modulación. Una de estas fue colocarle cada día canciones de su grupo musical favorito, instándole a participar a través del tarareo de las mismas con lo que se logró una participación activa cada mañana. Una vez disminuido el bruxismo, se instó al personal de enfermería a que lo estimulara en la expresión del lenguaje verbal, escuchando con atención, paciencia y dedicación, hasta que el mensaje entregado por el emisor fuera fidedigno (McCloskey, 2005). Para esto, se le animaba a reiterar el mensaje, según fuese necesario, para evitar frustraciones en el usuario en los casos en que el mensaje no fuese comprendido, explicándole además, la importancia de poder conocer sus peticiones, sensaciones, sentimientos y síntomas, con el objeto de dirigir con mayor eficacia las intervenciones (McCloskey, 2005).

Una de estas necesidades fue la posibilidad de expresar verbalmente al equipo de salud que ciertos movimientos le producían intensos dolores, lo que permitió realizar intervenciones oportunas para manejar el dolor que el usuario sentía y evaluar la efectividad de las mismas. Esta situación fue valorada especialmente por los familiares, quienes señalaron la importancia que tenía para su hijo el manejo oportuno y eficaz del dolor, lo que en hospitalizaciones anteriores había sido un problema no resuelto.

Para la evaluación de las intervenciones, se consideró la evolución en la modulación de Matías y el grado de entendimiento por

parte del personal de enfermería frente a las peticiones de este en el paso de los días. El progreso se hizo notorio al cabo de dos semanas, en las cuales ya podía modular claramente: sí, no y palabras simples, sin la emisión de sonido. Durante la tercera semana la condición mejoró aun más al aparecer sonidos en forma de susurros.

## **DISCUSIÓN**

David Berlo (1969), en la década de los sesenta, establece la primera aproximación teórica al proceso de la comunicación humana, cuyo objetivo principal es convertir al hombre en un agente efectivo, que altere la relación original entre él y su medio, para influir y afectar intencionalmente a los demás (López, Parada, & Simonetti, 1991). El objetivo del equipo de salud, siguiendo los postulados de Berlo, fue que Matías lograra influir y afectar intencionalmente al personal y a su entorno, de manera tal que pudiera satisfacer sus necesidades al obtener la reacción que este esperaba en quienes le rodeaban. Berlo propone que para generar esta reacción en la otra persona, el mensaje debe ser expresado de la manera apropiada, asegurando así, el propósito que motivó dicho proceso comunicativo. Sin embargo, aunque exista un propósito, la comunicación podría fracasar, debido entre otros factores, a la interpretación errónea del mensaje emitido por el emisor. Es por esto que además del propósito de influir, es necesario emitir un mensaje que sea recibido correctamente por la otra persona.

De lo anterior se desprende que la comunicación es un proceso cuyos componentes se relacionan mutuamente. En primer lugar se encuentra la fuente de comunicación, que es la persona con ideas e intenciones que desea comunicar. Por medio de la capacidad motora del emisor es posible transformar esta intención en un mensaje configurado como conducta física, códigos o símbolos. Además, necesita de un canal que transmita el mensaje y de las facultades sensoriales del receptor que lo traduzcan y le den una forma utilizable por este (Berlo, 1969).

La fuente en este caso era Matías, cuyo objetivo y razón de comunicar era proteger su intimidad al momento del baño y evitar el dolor que sufría estando acostado o sentado en la silla bajo la ducha, para lo cual utilizó mensajes a través sistemas musculares (gemidos, movimientos de labios y ojos, mímica y contacto visual). Según López et al. (1991), la comunicación también se expresa en distintas formas de comportamiento, cambios en la dilatación pupilar y la coloración de la piel, gestos y posturas. De esto deriva que todo comportamiento en una situación de interacción posee un valor comunicativo, por lo que no se puede dejar de comunicar aunque se trate de hacerlo. Más aún, existe comunicación y efectos pragmáticos en el receptor aun cuando la fuente no tenga la intencionalidad de comunicar.

En el caso analizado, queda en evidencia que todos los gestos emitidos por Matías tenían un valor comunicativo que en ningún caso debía pasar desapercibido por el profesional de enfermería. Pero ¿de qué forma interpretar estos mensajes, para reaccionar como lo esperaba Matías? Para lo cual se debe tener en cuenta que lo que el emisor comunique dependerá de la interpretación, tanto consciente o no del receptor, siendo un aspecto que determinará la eficacia de este proceso. Esto generará las siguientes interrogantes: ¿Lo que se entendió, es realmente lo que Matías quiso comunicar? y ¿lo que quiso comunicar es lo que se comunicó? Este es un dilema es irresoluble, que se basa en interpretaciones subjetivas dadas por las formas no verbales de la comunicación (López et al., 1991).

Es en estos últimos componentes del proceso, donde surgen los principales problemas que evitaban la recepción correcta del mensaje. Por ejemplo, que el receptor, en este caso la enfermera, no posea las capacidades sensoriales idóneas para interpretar correctamente lo que se quiere comunicar. Es por esta razón que el equipo de enfermería debió potenciar la fidelidad de la comunicación al ayudar a Matías (la fuente), a identificar su propósito y elegir la forma de comunicación más adecuada. En este

caso, se utilizaron los movimientos oculares de "sí" y "no" para confirmar el mensaje recibido con anterioridad, evitando la interpretación errónea del mensaje enviado. Al mismo tiempo, resultó primordial la habilidad del personal para elaborar preguntas cerradas, claras y precisas, para que el usuario pudiera dar la respuesta adecuada, que permitiera la posterior satisfacción de sus necesidades. Las preguntas más utilizadas en la interacción con Matías, fueron ¿estás bien? ¿Necesitas algo? ¿Estás cómodo? Estas preguntas, además de permitir identificar alguna necesidad, favorecieron la mantención de la relación interpersonal entre la enfermera y el usuario (Travelbee, 1979).

Entonces, ¿de qué manera la enfermera logra establecer una relación y otorgar cuidados a una persona a la cual le es imposible comunicarse por medio de palabras, gestos faciales y/o manuales o la escritura, que son los métodos de comunicación más frecuentemente utilizados? Para lograr satisfactoriamente lo anterior, el personal de enfermería debe potenciar sus capacidades sensoriales y mantenerse atento, aun cuando la fuente no tenga la intención de comunicar, con el objetivo de fomentar la relación interpersonal con el usuario. Esto ocurre principalmente cuando la enfermera visualiza algún tipo de movimiento, gesticulación, llanto o la más mínima señal del usuario, que evocan algún tipo de reacción en esta, desde la perspectiva de receptor.

Tal como aseguran Preston (2005) y Trevithick (2002), la mayor fracción del mensaje es transmitido por medios distintos a las palabras, incluso cuando existe un conflicto entre el mensaje verbal y no verbal del emisor, los aspectos no verbales toman mayor relevancia. Muchas veces son estos aspectos los que se encuentran más alejados del conocimiento del equipo de salud, ya que por lo general, la atención se centra más en las palabras. Al aumentar el conocimiento en esta área, se puede asegurar un trabajo en la dirección correcta buscando estrategias que permitan mejorar la capacidad de comunicación no verbal y de traducción de la de los otros a través del reconocimiento

de los diversos patrones no verbales del usuario que atendemos (Preston, 2005).

Entonces, comunicarse con alguien al que le es imposible emitir sonidos verbales legibles, no debería significar un problema para el personal de enfermería, ni menos utilizarlo como pretexto para no entablar una relación interpersonal con el usuario. En el caso de Matías se utilizó la interpretación de sus gestos, y así se pudo comprender más fácilmente lo que estaba comunicando. En usuarios con la capacidad comunicativa deteriorada, el profesional de enfermería deberá acordar y escoger los códigos más idóneos para comunicarse y mantener un apoyo significativo en los momentos de incomunicación. Es en este punto, donde será importante tratarlo como una persona adulta, evitar conductas regresivas, hablar clara y lentamente, no dar órdenes imperativas y esperar con tranquilidad algún tipo de respuesta ante peticiones o preguntas (Cometto, 2005). Es por esta razón que el equipo de salud se incorporó a las intervenciones, escuchando con atención lo que quería comunicar Matías y animándolo a repetir aquellas palabras o mensajes no entendidos por el personal o familia.

Cuando las secuelas de un accidente provocan una alteración en la comunicación verbal, y también imposibilitan otras vías de comunicación por secuelas neuromusculares, se deben buscar otras vías de comunicación, utilizando y potenciando los recursos del enfermo, para contribuir de esa manera a mejorar la calidad de vida del usuario (Marriner & Ralje, 2003; Sánchez, 2001).

Al ser más dificultoso el proceso comunicativo en este tipo de personas, por tener que utilizar métodos menos convencionales, el profesional deberá disponer de tiempo adicional, predisposición, paciencia y una capacidad receptiva superior. Esto le permitirá percibir cualquier tipo de señal, por el medio que sea que esté intentando utilizar el emisor para poder establecer la relación con su cuidador. Además, el profesional deberá buscar, crear, adaptar y aplicar métodos para facilitar este proceso, siempre considerando la individualidad de la perso-

na. En este caso en particular se buscó una herramienta recreativa para fomentar y estimular el lenguaje verbal, como el tararear canciones de su gusto todos los días. Esta estrategia se basó en los hallazgos de Magee y Wheeler (2006), quienes utilizaron la musicoterapia para mejorar la articulación y las habilidades oro-motoras y así promover el habla y la expresión de emociones en pacientes con afasia expresiva y receptiva secundarias a TEC, obteniendo resultados favorables luego de aproximadamente tres meses de introducida la terapia. Lo que refleja que el uso de la música sería una buena herramienta para promover la rehabilitación en términos de la recuperación del lenguaje oral. En el caso de Matías, esta actividad, además de potenciar las habilidades comunicativas, generaba un incremento en la interacción entre la enfermera y el usuario, facilitando la relación interpersonal a través del uso terapéutico de uno mismo. Lo que posteriormente, al aumentar la confianza, aceptación y conocimiento por parte de los agentes, permitió que la cuidadora lograra reconocer las peticiones formuladas por Matías, a través de mensajes no verbales. De esta manera, se pudo otorgar cuidados en otras dimensiones como la emocional, ante la manifestación de dolor y angustia de Matías frente a las situaciones vividas.

En relación a lo anterior, cabe señalar, que uno de los elementos que puede afectar la calidad de vida durante la hospitalización y rehabilitación de una persona con TEC es el dolor, problema que toma relevancia cuando existe pérdida de la comunicación verbal, no pudiendo transportar esta información proyectada por el tono, el volumen y la vocalización de gritos. Por lo que hay que poner mayor atención a los indicadores no verbales como las expresiones faciales, el comportamiento y el lenguaje del cuerpo, a través de gestos, postura, movimiento y contacto visual (Harper & Bell, 2006).

Es importante destacar que debido a que Matías pudo emitir mensajes verbales audibles y que los profesionales de enfermería entendieron los mensajes no verbales, se pudo actualizar el proceso de atención de

enfermería en base a la posibilidad de valorar la existencia de aquellos componentes de poder que no pudieron valorarse en un principio y a las nuevas necesidades pesquisadas, lo que permitió la satisfacción de una mayor cantidad de requisitos de autocuidado.

### CONCLUSIÓN

En síntesis, la comunicación es un aspecto primordial para lograr la rehabilitación integral de una persona que ha sufrido un TEC. Gracias a esta, es posible establecer relaciones interpersonales, identificar sus necesidades y satisfacerlas. Es en esta interacción donde la enfermera deberá considerar que esa persona es única e irremplazable, cada uno de los procesos que está viviendo tienen un significado particular. En este caso, Matías antes del accidente era una persona autónoma, con metas cumplidas y otras por cumplir, y a quien de un momento a otro le es imposible moverse, opinar en relación a sus cuidados, y sobre todo expresar sus necesidades básicas. En relación a este punto, se hace hincapié en la capacidad objetiva y reflexiva que debe tener el profesional de enfermería, en la correcta adquisición y comprensión del mensaje que el usuario emite, dejando de lado cualquier tipo de apreciación subjetiva o juicio de valor que pueda deteriorar lo que se quiere comunicar, para cumplir con el objetivo de la persona cuidada al enviar el mensaje.

El profesional de enfermería y el equipo de salud, por lo tanto, deben poseer conocimientos del proceso comunicativo, especialmente de la comunicación por medio de mensajes no verbales, y mostrarle al usuario el canal más adecuado para que, como fuente, lo utilice.

En el proceso de rehabilitación, la persona que ha sufrido y sobrevivido a un TEC, debe volver a nacer y recomenzar a cumplir hitos antes logrados, como el control de esfínteres y pronunciación de palabras. Si es posible y si la magnitud del daño lo permite, debe empezar a dar sus segundos primeros pasos, a escribir y a socializarse.

Además deberá vivir fases nuevas producto de su presente condición, como aceptar las secuelas tanto físicas como psicológicas que puedan quedar, dependiendo de un otro para la satisfacción de algunas de sus necesidades y de esta manera, aceptar este nuevo estado, para así progresar y rehabilitarse en el mayor grado posible. Este proceso de rehabilitación integral permite al usuario el poder superar el problema por él mismo, en este caso, poder articular palabras audibles y claras, que aumentan su autoeficacia, lo que permitirá la resolución de otros problemas de mayor magnitud, mejorando su agencia de autocuidado.

Debido a que no existe mucha evidencia relacionada con intervenciones asociadas a favorecer el patrón de comunicación no verbal en usuarios que tengan trastornos en la comunicación, en especial en las de tipo verbal, se recomienda realizar más investigaciones que avalen estrategias que fomenten la comunicación verbal y el desarrollo de metodologías estandarizadas para el establecimiento de una comunicación no verbal efectiva, para así poder enfrentar y entregar cuidados holísticos según las necesidades de los usuarios.

### AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las enfermeras de la Unidad de Hospitalizados, Sra. Roxana Boke y Srta. Paulina Román, el apoyo y acompañamiento realizado durante el proceso de atención otorgado a Matías, quienes fueron un modelo a seguir durante el aprendizaje.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bartlett, G., Blais, R., Tamblyn, R., Clermont, R. J., & MacGibbon, B. (2008). Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in acute care settings. *Canadian Medical Association Journal*, 178(12), 1555-1562. Recuperado el 8 de junio, 2008, de <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/178/12/1555>
- Berlo, D. (1969). Comunicación. Alcances y fines. En D. Berlo (Ed.), *El proceso de la Comunicación* (pp. 23-27). Buenos Aires, Argentina: El Ateneo.



- Bernabeu, M. (1999). La rehabilitación del traumatismo craneoencefálico: Un enfoque interdisciplinario. Barcelona, España: Fundación Instituto Guttmann.
- Birkenbihl, V. (1983). Las señales del cuerpo y lo que significan. Burgos, España: Mensajero.
- Chile, Ministerio de Salud. (2007). Guía clínica atención de urgencia del traumatismo craneoencefálico. Recuperado el 10 de septiembre, 2007, de [http://www.minsal.cl/ici/reforma\\_de\\_salud/GPCGes-TEC-2007.pdf](http://www.minsal.cl/ici/reforma_de_salud/GPCGes-TEC-2007.pdf)
- Cometto, M. C. (2005). Manejo de enfermería en el accidente cerebro vascular inicial. *Enfermería Global*, 7. Recuperado el 18 de julio, 2008, de <http://www.um.es/eglobal/7/07d04.html>
- Harper, K., & Bell, S. (2006). A pain assessment tool for patients with limited communication ability. *Nursing Standard*, 20(51), 40.
- López, A., Parada, A., & Simonetti, F. (1991). Introducción a la psicología de la comunicación: Texto y ejercicios. (3a. ed., pp. 93-172). Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- McCloskey, J. D. (2005). Clasificación de intervenciones de enfermería (4a ed.). Madrid, España: Elsevier.
- Magee, W. L. & Wheeler, B. (2006). Music therapy for patients with traumatic brain injury. En G. Murray (Ed.), *Alternative therapies in the treatment of brain injury and neuro-behavioural disorders: A Practical Guide* (pp. 51-74). Nueva York, EE.UU.: Haworth Press.
- Marriner, A. & Raile, M. (2003). Joyce Travelbee: Modelo de Relación de persona a persona. En A. Marriner & M. Raile (Eds.), *Modelos y Teorías de Enfermería* (5a. ed., pp. 418-426). Madrid, España: Elsevier.
- Masalán, P. & González, R. (2003). Autocuidado en el ciclo vital [Software]. Recuperado de [http://www.uc.cl/sw\\_educ/enferm/ciclo/index.html](http://www.uc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/index.html)
- Nalegach, M. E. (2004). Magnitud y Epidemiología de los Traumas y Accidentes en Chile. Recuperado el 10 de septiembre, 2007, de la Base de datos Medwave.
- Orem, D. (1993). Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.
- Preston, P. (2005). Nonverbal communication: Do you really say what you mean? *Journal of Healthcare Management*, 50(2), 83.
- Sánchez, M. B. (2001). Secuelas en pacientes críticos de larga estancia. *Tempus Vitales*, 1. Recuperado el 25 agosto, 2007, de <http://www.saecc.com/Revista/Revista01/Revision2/revision2.htm>
- Travelbee, J. (1979). *Intervención en Enfermería Psiquiátrica: El proceso de la relación persona a persona*. Colombia: Carvajal. OPS-OMS.
- Trevithick, P. (2002). Importancia de las habilidades de Comunicación, de escucha y de evaluación. En P. Trevithick (Ed.), *Habilidades de Comunicación en Intervención Social: Manual Práctico* (pp.84-86). Madrid, España: Narcea