

La comunicación entre enfermera, paciente y familia durante la crisis sanitaria de la COVID-19

Nurse-patient and family communication during the COVID-19 health crisis

Cristina Arenas-García^a, Rubén Mirón-González^b

^a Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^a Universidad de Alcalá, Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Grupo de investigación Cuidado Comunitario y Determinantes Sociales de la Salud, España

Revisiones

Resumen

Introducción: La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la enfermedad por COVID-19 como pandemia el 11 de marzo de 2020. Se trata de una enfermedad que se contagia mayoritariamente por vía respiratoria, por lo que el uso de la mascarilla fue obligatorio. La comunicación se vio afectada en el ámbito clínico. **Objetivos:** Describir la comunicación entre enfermera, paciente y familia durante la crisis sanitaria de la COVID-19 en el contexto sociosanitario a nivel internacional. **Metodología:** Revisión narrativa de publicaciones de 2020 y 2021. Las bases de datos consultadas han sido: Cuiden, PubMed, SciELO, Biblioteca Cochrane Plus, Scopus y Web of Science. También se ha consultado el buscador de Google Académico y las revistas Paraninfo Digital y Revista Española de Comunicación en Salud. **Resultados:** Se han analizado un total de 26 artículos. **Conclusiones:** La comunicación se ha visto afectada por la pandemia, especialmente la no verbal debido al uso de las mascarillas. Además, el poco tiempo del que disponía la enfermera para establecer una conversación con el paciente también ha influido de manera negativa. Ante ello, ha surgido la telemedicina como alternativa a la atención asistencial presencial.

Palabras clave: comunicación; coronavirus; COVID-19; enfermería; familia; hospital; paciente.

Abstract

Introduction: The World Health Organization (WHO) declared COVID-19 as a pandemic on 11 March 2020. It was a disease transmitted by airway emissions and the use of a mask was made mandatory to prevent the spread. Communication was affected, especially in the clinical setting. **Objectives:** To describe the communication between the nurse, the patient and the family during the COVID-19 health crisis in the international socio-health context. **Methodology:** Narrative review of publications of 2020 and 2021. The databases consulted were: Cuiden, PubMed, SciELO, Cochrane Library Plus, Scopus and Web of Science. Google Academic and the journals Paraninfo Digital and Revista Española de Comunicación en Salud were also consulted. **Results:** 26 articles have been obtained. **Conclusions:** The communication has been affected by the pandemic, especially the non-verbal one due to the use of masks. In addition, the limited time available to the nurse to establish a conversation with the patient has also had a negative impact. Given this, telemedicine has emerged as an alternative to face-to-face care.

Keywords: communication; coronavirus; COVID-19; family; hospital; interpersonal relation; nurse; patient.

Introducción

Los coronavirus (CoV) son un tipo de virus de ARN monocatenario con envoltura que pertenecen a la familia Coronaviridae. Esta familia de virus consta de cuatro géneros: Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Deltacoronavirus y Gammacoronavirus. Los dos primeros son los únicos con capacidad para infectar la especie humana desde un reservorio animal y causar infecciones respiratorias de gravedad (Saxena, 2020).

Se han establecido tres criterios para evaluar la transmisión del SARS-CoV-2 (por sus siglas en inglés). En primer lugar, se establece que el SARS-CoV-2 puede ser emitido por la persona infectada a través de emisiones respiratorias, fluidos corporales o a través de secreciones gastrointestinales. En segundo lugar, el virus es capaz de permanecer en el aire o en algunas superficies durante un período de tiempo determinado, como por ejemplo la habitación de los pacientes por COVID-19. En tercer y último lugar, se ha demostrado que se necesita un contacto directo para que el virus sea capaz de penetrar en los tejidos de otra persona y producir la infección (Tang et al., 2014).

Se han definido diferentes tamaños de las emisiones respiratorias que están relacionados con la zona del tracto respiratorio a la que afectan. Las micropartículas son capaces de llegar hasta los pulmones, produciendo neumonías de carácter grave, mientras que las macropartículas se quedan en las vías respiratorias altas. Se ha observado que gracias a la mascarilla y a la distancia social de dos metros se reduce la propagación de dichas micro y macropartículas (Milton, 2020).

Existen diferentes vías de transmisión del virus en personas, entre las que destaca la vía respiratoria. Se han descrito otras vías de transmisión como el contacto directo con superficies contaminadas, donde el virus podría sobrevivir un periodo de tiempo determinado suficiente para infectar a otra persona en contacto con dicha superficie. En la actualidad, se está investigando si realmente es una vía de transmisión o si la infección se produce por la cercanía con una persona ya enferma. También existe la transmisión vertical, en la que es la madre la que contagia al feto a través de la placenta o de la leche materna, aunque actualmente se sigue estudiando (Meyerowitz, Richterman, Gandhi, & Sax, 2021).

Ante la transmisión del virus la mejor opción ha sido utilizar un equipo de protección individual (EPI), equipo que lleva el trabajador para protegerse de cualquier riesgo que amenace su seguridad o su salud (Meyerowitz et al., 2021). En el caso del personal sanitario ante el virus SARS-CoV-2, el EPI debe cumplir la normativa europea y componerse de: el uniforme, la bata, el gorro, las gafas y/o la pantalla facial, las calzas, los guantes y la mascarilla quirúrgica o FFP2. También existen trajes completos

que engloban muchos de los componentes mencionados.

A nivel epidemiológico, el primer informe sobre España data del 11 de febrero de 2020, en el que se confirmó la detección de dos casos de SARS-CoV-2: uno en Canarias y otro en Baleares. Ambos fueron casos importados de otros países como consecuencia del contacto con personas infectadas por el virus y se les consideró como pacientes cero en nuestro país. Sin embargo, no podemos confirmar que no existieran casos antes de estos dos pacientes (Ministerio de Sanidad, 2021). La incidencia fue aumentando de manera exponencial y en tan solo 20 días, el 2 de marzo (RENAVE -Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica-, 2020a, p. 4), en España existían 119 casos confirmados (33 de ellos notificados a la RENAVE) y el 13 de marzo (RENAVE, 2020b, p. 9) existían 4.209 casos confirmados (575 notificados), siendo Madrid la Comunidad Autónoma más dañada por el virus con casi el 50% (1.990 casos) del total. El informe del 1 de abril (RENAVE, 2020c, p. 19) arrojó 102.316 casos confirmados en todo el país (52.129 notificados), alcanzándose el pico de nuevos casos positivos el día anterior, el 31 de marzo, con 9.222 personas contagiadas en un mismo día. En cuestión de semanas, todo un país se vio bloqueado ante la nueva situación epidemiológica. Los datos de morbimortalidad inundaron los diarios y el contagio se convirtió en uno de los principales miedos de la población española. Un contagio que se daba por vía aérea, principal canal de transmisión de información, por lo que la comunicación se vio totalmente afectada.

La Real Academia Española (RAE) define la comunicación como la “acción y efecto de comunicar o comunicarse”, además de significar la “transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor” (Real Academia Española, 2020). La comunicación es un proceso activo y bidireccional de información que implica un intercambio constante de mensajes entre ambas partes, por lo que no se puede considerar la comunicación como el manejo de información de manera aislada.

El proceso de la comunicación tiene una serie de elementos básicos sin los cuales no es posible que se dé (Cibanal Juan, Arce, & Carballal Balsa, 2014). En primer lugar, está el mensaje, que es aquella información que el emisor quiere transmitir al receptor. En segundo lugar, está el emisor, que es la persona que transmite el mensaje a otra persona. El emisor debe tener en cuenta ciertos aspectos para que el mensaje se transmita de manera clara y sin interpretaciones erróneas. Estos son: el canal, que es la vía de comunicación elegida por el emisor para la transmisión del mensaje. Existen dos canales principales, que son el canal acústico (todo lo que se oye, como las palabras o los suspiros) y el visual (todo lo que se ve como la escritura o las señales); el código o la clave, que es el conjunto de signos que se utilizan para codificar el mensaje y que debe ser accesible para el receptor. Es

decir, el receptor debe entender de manera clara lo que se le quiere decir y las barreras comunicativas que comprenden todo aquello que puede suponer un problema para la comprensión del mensaje por parte del receptor. Pueden ser de naturaleza física, psicológica o semántica. En tercer lugar, está el receptor, que es la persona que recibe el mensaje que el emisor quiere transmitir. La recepción de la información se da a través de los diferentes órganos de los sentidos (uno o varios). Al igual que la principal función del emisor es la de codificar el mensaje, la del receptor es la de la descodificación de este. Ello supone un proceso personal interno mediante el que se descifra el código utilizado por el emisor para poder interpretar bien el mensaje que se le ha transmitido (Cibanal Juan et al., 2014).

Existen dos tipos de comunicación que se complementan entre sí y hacen que el mensaje se pueda recibir en su totalidad: la comunicación verbal y la comunicación no verbal. La comunicación verbal es aquella que se expresa mediante palabras, ya sea de forma hablada o escrita. En este tipo de comunicación se debe utilizar un determinado lenguaje para que ambas partes logren entender el mensaje. Dentro de la comunicación, existen varios elementos que acompañan a la emisión del mensaje, que son la intensidad o el volumen de la voz, la velocidad de emisión de los enunciados, el tono y la duración al emitir las sílabas y otros elementos como pueden ser la risa, la fluidez, el llanto, etc. (Cibanal Juan et al., 2014). La comunicación no verbal es la que complementa a la comunicación verbal. Es de suma importancia porque el 30% del mensaje es transmitido mediante comunicación no verbal. Se trata de un tipo de comunicación en el que no se emplea la palabra, es decir, existe un intercambio de información a través de la expresión facial, el contacto físico, la orientación en el espacio, el contacto visual, la postura corporal y los gestos.

Se puede distinguir una serie de elementos no verbales que forman parte de este tipo de comunicación: la apariencia física; la postura corporal; la distancia interpersonal; el movimiento del cuerpo o, de una parte; la expresión facial; la mirada; y el silencio (Cibanal Juan et al., 2014; Ramírez, 1989).

La comunicación no es un proceso que se da de manera aislada, sino que va acompañada de las expresiones y las emociones que en la comunicación no verbal son de relativa importancia. El primer aspecto a destacar en la comunicación es la lateralidad, que hace referencia al hemisferio cerebral que predomina a la hora de comunicar. El segundo es la autoridad, que implica a su vez la asertividad, que está estrechamente relacionado con la mirada. Por último, se encuentran las emociones epiyacentes, que son las emociones que se observan *prima facie* (a simple vista). Estas últimas pueden llevar a un error en la interpretación de los mensajes ya que si el emisor

de éste tiene un determinado gesto (como una sonrisa, por ejemplo), el receptor puede llegar a pensar que no existe ningún tipo de problema y, sin embargo, existir dolor o sufrimiento (Lucas Lucas, 2010).

La enfermería y la comunicación siempre han ido de la mano y ya en la época de Florence Nightingale se cuestionaba la necesidad de comunicación entre la enfermera y el paciente (Sharma & Gupta, 2021). Tiempo después, a principios del siglo XX, Hildegard Peplau acuñó un modelo donde la comunicación era básica para la enfermería y el profesional sanitario tenía la capacidad para entender los sentimientos de los pacientes y así poder prestarle unos cuidados de mayor calidad (Elers Mastrapa & Gibert Lamadrid, 2016). Poco a poco fueron apareciendo otras enfermeras como Virginia Henderson con su teoría de las necesidades básicas humanas y Dorothea Orem con su teoría general de la enfermería, quienes relegaban a la parte más psicosocial la relación entre la enfermera y el paciente. Estas últimas autoras no entendían la comunicación como algo innato de la propia enfermera, sino como algo externo que se podía practicar para mejorar con el tiempo (Alligood, 2018; Naranjo Hernández, Concepción Pacheco, & Rodríguez Larreynaga, 2017). Así pues, se puede observar que en la enfermería siempre ha existido un proceso de interacción y comunicación social cuyo objetivo final es la obtención del mayor número de datos posible del paciente para poder brindarle unos cuidados de calidad. Además, cabe destacar que gracias al proceso de la comunicación se establece una relación de apoyo y confianza entre la enfermera y el paciente (Elers Mastrapa & Gibert Lamadrid, 2016).

Así pues, con una mascarilla puesta la comunicación entre la enfermera y el paciente no se daba de manera completa con los elementos vistos anteriormente, por lo que se produciría un déficit a la hora de llevar a cabo una conversación entre ambas partes. La mascarilla actuaba como barrera para la comunicación no verbal, por no permitir ver la expresión facial al completo. Este déficit afectaba, de manera directa, a la comunicación verbal. Además, la enfermera también tenía que establecer contacto con los pacientes en el ámbito extrahospitalario, de manera telefónica, dando lugar a nuevas estrategias y formas de comunicación que ninguna de las dos partes (la enfermera y los pacientes) estaba acostumbrada a utilizar. A la barrera de la mascarilla, había que sumarle el miedo y el estrés de las personas, que no son un buen elemento a la hora de comprender toda la información. Había un déficit en la comunicación entre la enfermera y los pacientes durante la crisis sanitaria del COVID-19.

Objetivos

El presente trabajo tiene como objetivo describir la comunicación entre la enfermera, el paciente y la familia durante la crisis sanitaria del COVID-19 en el contexto socios-

nitario a nivel internacional. Como objetivos específicos pretendemos: 1) identificar las barreras de comunicación entre la enfermera, el paciente y la familia en el contexto clínico durante la crisis sanitaria del COVID-19; 2) conocer las alternativas a la comunicación presencial en la pandemia, entre la enfermera, el paciente y la familia; y 3) explicar la importancia de una buena comunicación entre la enfermera, el paciente y la familia en el contexto clínico durante la pandemia.

Metodología

Se ha realizado una revisión narrativa. Para ello se han consultado las bases de datos: Cuiden, PubMed, SciELO, Biblioteca Cochrane Plus, Scopus y Web of Science. Además, se ha consultado el buscador de Google Académico y las revistas Parainfo Digital y Revista Española de Comunicación en Salud.

Los criterios de inclusión han sido: textos en acceso abierto y gratuito; artículos publicados en los años 2020 y 2021; y artículos en español, inglés y portugués. El único criterio de exclusión ha sido aquellos trabajos que no se ajustan a los objetivos del trabajo.

La búsqueda se realizó entre enero y marzo de 2021. Las palabras clave en español han sido: comunicación, covid, paciente y enfermera; y en inglés han sido: communication, covid, nurse, patient y face mask. Además, se han utilizado los operadores booleanos AND, OR y NOT.

Resultados y discusión

Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se ha obtenido un número final de artículos que han sido revisados para la selección final de los más adecuados, tal y como aparece reflejado en la Tabla 1.

Además, en la revista Parainfo Digital se ha seleccionado 1 artículo; en la Revista Española de Comunicación en Salud, 1 artículo; en la Revista de Comunicación y Salud, 1 artículo; y en el buscador Google Académico, 1 artículo.

Inicialmente se revisaron 123 artículos, de los cuales 18 eran repetidos. De los 104 artículos revisados, se descartaron 78 artículos tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión. Finalmente se seleccionaron 26 trabajos para esta revisión.

Tabla 1. Búsqueda en las diferentes bases de datos.

Base de datos	Cadena de búsqueda	Artículos encontrados	Criterios de exclusión	Artículos revisados	Artículos seleccionados
Pubmed	Communication AND covid AND nurse	112	58	14	4
	(communication[Title]) AND (nurse[Title])	12	11	1	0
	(communication skills) AND (pandemic)	151	134	17	4
	(face mask) AND (communication) AND (nurse)	3	2	1	0
	Communication AND nurse AND patient	125	116	9	1
	Communication AND covid	293	243	50	4
MEDLINE	Communication AND nurse	4	2	2	0
	Communication AND covid AND nurse	0	0	0	0
	Comunicación AND covid	33	29	4	0

Tabla 1. Continuación.

Base de datos	Cadena de búsqueda	Artículos encontrados	Criterios de exclusión	Artículos revisados	Artículos seleccionados
Scielo	Comunicación AND paciente AND enfermera	8	7	1	0
SCOPUS	communication AND covid AND nurse	116	100	16	2
	Communication AND nurse	51	41	10	0
	Face mask AND communication	3	1	2	1
	Communication AND nurse AND patient AND covid	5	3	2	1
Web Of Science	TS=(communication AND nurse AND covid)	121	100	21	2
	TI=(communication AND covid)	120	50	70	0
	TI=(communication skills AND pandemic)	1	0	1	0
	TI=(face mask AND communication)	2	0	2	1
	TI=(communication AND nurse AND patient)	15	10	5	0
CUIDEN	[tit= comunicación] and [tit= covid]	1	0	1	0
	([cla=comunicación]) AND([cla=covid])	3	3	0	0
Biblioteca Cochrane Plus	communication AND covid	3	1	1	2
	communication AND nurse	171	171	0	0
	Face mask AND nurse	7	7	0	0

La comunicación entre enfermera, paciente y familia durante la pandemia de COVID-19

Un estudio descriptivo, teórico y reflexivo, llevado a cabo por la Universidad Colombiana de Antioquia reveló que, al no estar las familias de los pacientes presentes durante su ingreso en el hospital, el equipo de enfermería se veía obligado a establecer una conversación con el paciente para obtener información que, de otro modo, podría haberle sido ofrecida por la familia. Esto implicaba un proceso de diálogo y comprensión con el paciente en un tiempo limitado por el alto flujo de trabajo que había en esos momentos en los hospitales. Este estudio reveló que la escucha activa por parte de la enfermera fue clave para la mayoría de los pacientes, por encima de una buena técnica (Rodrigues, Belarmino, Lopes Custódio, Lima Verde Gomes, & Rodrigues Ferreira Júnior, 2020).

La Universidad de California (Estados Unidos) en su revisión bibliográfica vio que existía una serie de barreras en la comunicación entre las enfermeras y los pacientes: el EPI, y en concreto la mascarilla, impedía reconocer a la enfermera, además del estado de ansiedad del paciente y el poco tiempo que se disponía para atenderlos. Otra barrera fue el impacto emocional de los pacientes al saber que mucha gente no conseguía superar la enfermedad, además del uso de tecnología al que no todos los pacientes tenían acceso y, por último, la disminución de la atención centrada en el paciente (Wittenberg, Goldsmith, Chen, Prince-Paul, & Johnson, 2021).

Un estudio cualitativo del Hospital de Wuhan (China) reveló que la mayoría de las enfermeras había dejado de lado la esfera psicosocial del paciente centrándose únicamente en las técnicas de enfermería porque no disponían de tiempo. A la hora de comunicarse con el paciente, lo hacían con lenguaje sencillo, mensajes cortos y directos para que se entendiese bien y no diese lugar a preguntas o a equivocaciones (Li et al., 2021).

Wanko Keutchafo et al (2020) llevaron a cabo una revisión sistemática basada en una serie de preguntas sobre la importancia de determinados elementos no verbales en la comunicación entre las enfermeras, los pacientes y/o sus familiares. Así pues, revelaron que las caricias en las manos eran uno de los elementos que más destacaban los familiares con respecto a su comodidad con la enfermera, siendo los abrazos el elemento más valorado. Otros elementos como una palmada en el hombro o un beso en la frente por parte del personal de enfermería eran catalogados como acciones no apropiadas para cuidar de un enfermo en un centro sanitario. El mismo estudio revelaba que la kinésica (movimientos de la cabeza) o una sonrisa eran de suma importancia como elementos que aportaban tranquilidad, tanto a los pacientes como a los familiares.

La academia estadounidense de Medicina Paliativa junto con la Universidad de Washington detalló en su estudio de investigación que los profesionales sanitarios se estaban enfrentando de manera diferente a la comunicación con el paciente a consecuencia de la pandemia. Durante la crisis, tanto los médicos como las enfermeras experimentaron sensaciones de angustia y miedo que no estaban presentes en épocas anteriores y que merma de una manera directa el proceso comunicativo. Así mismo, llegaron a la conclusión de que eran necesarios más recursos, tanto materiales como humanos, para poder afrontar de una forma más sencilla la comunicación con el paciente (Bowman, Back, Esch, & Marshall, 2020).

El Centro Médico de la Universidad de Vanderbilt (Tennessee, Estados Unidos) llevó a cabo un estudio de casos que puso de manifiesto que los profesionales que, en su día a día antes de la pandemia no hablaban tanto con los pacientes, tuvieron que aprender una serie de técnicas de comunicación que facilitarían el proceso comunicativo entre ambas partes. Así pues, los profesionales pudieron mejorar la facilidad de palabra, especialmente al hablar sobre malas noticias, además de poder controlar mejor el miedo y la incertidumbre ante algo nuevo, como es comunicar a través del teléfono. También se observó que, durante la crisis sanitaria, tanto los médicos como las enfermeras, disponían de menos tiempo para establecer una conversación con el paciente debido al gran volumen de trabajo que estos tenían y que, por ello, no podían dedicar el tiempo suficiente a la esfera psicosocial del mismo (Nair, Malhotra, Lupu, Harbert, & Scherer, 2021).

Durante los primeros meses de la pandemia se creó en España un Grupo de Cooperación Internacional de EPI y Cirugía de Urgencias que realizó una serie de entrevistas para un estudio cualitativo a profesionales sanitarios que trabajan en un quirófano. Se observó que, a pesar de ser un grupo de trabajo que dedicaba poco tiempo a la comunicación con el paciente debido a la sedación o anestesia, el EPI utilizado para la COVID-19 tuvo un impacto negativo. Más de la mitad de los encuestados afirmaron que el EPI afectaba a su trabajo mermando sus capacidades para realizar su labor ya que tenían una visibilidad reducida, además de afectar a la poca comunicación que se tenía con el paciente. Según el estudio, entrar en un quirófano con un EPI producía un malestar general y un aumento de la fatiga, que se traduce en una afectación en la toma de decisiones y en el desempeño de su labor dentro del quirófano (Yáñez Benítez et al., 2020).

Por otro lado, hay que tener en cuenta que en una situación de pandemia como la vivida en la que se produjo un confinamiento, la familia de los pacientes también forma parte de la esfera psicosocial del mismo. Es decir, no se puede realizar un proceso de curación de una persona

que requiera los servicios sanitarios, ya sea en el ámbito hospitalario o en el extrahospitalario (domicilio), sin tener en cuenta a los familiares más cercanos. Así lo revelan diversos autores que realizaron un estudio de investigación con participantes anónimos en los que se observó que, en la hospitalización de los pacientes, una mayor frecuencia telefónica del enfermo con su familia redujo las emociones negativas y el tiempo de curación. En muchas de estas ocasiones y según el estudio citado anteriormente, era la enfermera la que prestaba su teléfono para que el paciente hablase con su familia, normalmente por videoconferencia. Esto hacía que se estableciese un proceso comunicativo entre la enfermera y la familia, obteniendo esta última un apoyo emocional y psicosocial del personal sanitario al otro lado del teléfono. En dicho estudio también se revelaba que una mayor transparencia entre las familias de los pacientes y el personal sanitario producía mayores beneficios sobre la toma de decisiones tanto del paciente como de la familia (Monin et al., 2020).

Es importante destacar que la comunicación al final de la vida de una persona es algo diferente, donde la empatía adquiere una relevancia significativa. En concreto, el estudio descriptivo cualitativo llevado a cabo por la Escuela Universitaria de Enfermería de Connecticut (Estados Unidos) resaltó la necesidad de llevar a cabo programas de estrategias efectivas para mejorar la calidad de la comunicación entre la familia y el personal sanitario, especialmente la enfermera. Durante la pandemia, la tecnología era la única solución que había para establecer estos vínculos comunicativos. Así pues, los hospitales requerían de una formación más específica del personal sanitario, que no estaba acostumbrado a comunicarse con las familias a través de las llamadas telefónicas. Un alto porcentaje de familiares no se pudo despedir del paciente, en gran parte porque el avance de la enfermedad se daba de una manera rápida y no había ni personal ni tiempo suficiente para establecer una conversación telefónica con el paciente y la familia (Feder et al., 2021).

La comunicación en UCI, mermada por la carga de trabajo

Uno de los focos durante la pandemia estaba puesto en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de todos los hospitales alrededor del mundo. En la mayoría de estas unidades, los pacientes entraban sedados o intubados, por lo que la comunicación con ellos se hizo realmente difícil. Un estudio transversal prospectivo realizado en una Unidad de Cuidados Intensivos de Australia observó que cuanto más información tuviese el personal sanitario (en concreto, las enfermeras) sobre la enfermedad y su transmisión, mejor podrían ser los cuidados brindados a los pacientes ingresados en dicha unidad. Durante las prime-

ras semanas, las enfermeras apenas eran conscientes del aspecto psicosocial del paciente; sin embargo, con el paso del tiempo, se dieron cuenta de que la comunicación con el paciente era necesaria para que éste tuviese una mayor calidad en los cuidados. Dicho estudio comentaba también que en la planificación de una pandemia tiene que estar incluida una estrategia de comunicación con y por el paciente porque es el eje principal de los cuidados (Lord, Loveday, Moxham, & Fernandez, 2021).

Un estudio descriptivo cualitativo que se realizó en una UCI de Seúl (Corea del Sur) reveló tres ítems de especial relevancia con respecto al proceso comunicativo que se daba entre la enfermera y el paciente en estos meses de pandemia. En primer lugar, las enfermeras tenían que afrontar dificultades de comunicación inesperadas. Gracias a este estudio se vio que en la UCI las enfermeras debían llevar como máximo dos pacientes para poder tener una buena comunicación tanto con el propio paciente como con su familia. Así pues, se observó que cuantos más pacientes tenía a cargo una enfermera, disponía de menos tiempo para la comunicación y, como consecuencia, la satisfacción tanto de la familia como del paciente era peor. Uno de los mayores inconvenientes en la UCI es el uso de la ventilación mecánica, afectando así su capacidad para hablar y para comunicarse. Por ello, estos pacientes deben llevar a cabo estrategias de comunicación no verbal como las expresiones faciales que complican a las enfermeras el descodificar el mensaje que el paciente quiere transmitir. Se observó también que cuando las enfermeras fallan al descifrar el mensaje, aumenta el nivel de estrés y enfado del paciente, dificultando y alargando su proceso de curación (Yoo, Lim, & Shim, 2020).

En segundo lugar, las enfermeras realizaban el aprendizaje en la comunicación a través de ensayo-error. Con ello se vio que las enfermeras con más experiencia entendían y transmitían mejor los mensajes a los pacientes; por el contrario, las enfermeras con menos experiencia aprendían errando con un paciente y poco a poco iban mejorando con la práctica. El estudio observó también que la comunicación terapéutica consiguió disminuir la carga psicológica y emocional de los pacientes (Yoo, Lim, & Shim, 2020).

En tercer lugar, se vio necesario reconocer la comunicación como algo esencial para el cuidado del paciente porque realizar una técnica de enfermería bien es tan importante como saber comunicar y tratar con el paciente. Se vislumbró la necesidad de establecer una relación terapéutica entre la enfermera y el paciente para así poder conocer sus necesidades y poder tratarlas con una mayor calidad (Yoo, Lim, & Shim, 2020).

Un estudio transversal basado en encuestas realizado en el Hospital Nightingale de Londres (Reino Unido) llevó

a cabo el “método de comunicación Nightingale”. Éste tenía como objetivo mejorar la comunicación interpersonal en entornos difíciles a través de la identificación del personal mediante etiquetas de diferentes colores para cada categoría profesional (verde para los médicos o amarillo para las enfermeras, por ejemplo), con el uso de gestos y señales con las manos para comunicarse o con la confirmación de mensajes a través de la lectura a pie de cama. El estudio vio que este método de comunicación, utilizado

en ocasiones anteriores en el buceo, resultaba útil como consecuencia de la utilización, por parte de las enfermeras, del EPI que tapaba prácticamente toda la piel (especialmente la cara y su expresión). Dicho estudio llegó a tres importantes conclusiones: la comunicación se ve afectada por el uso de un EPI, la identificación en los uniformes de los profesionales resultaba muy útil y las señales con las manos tenían bastantes limitaciones porque no todas las personas conocen de su existencia (Shurlock et al., 2021).

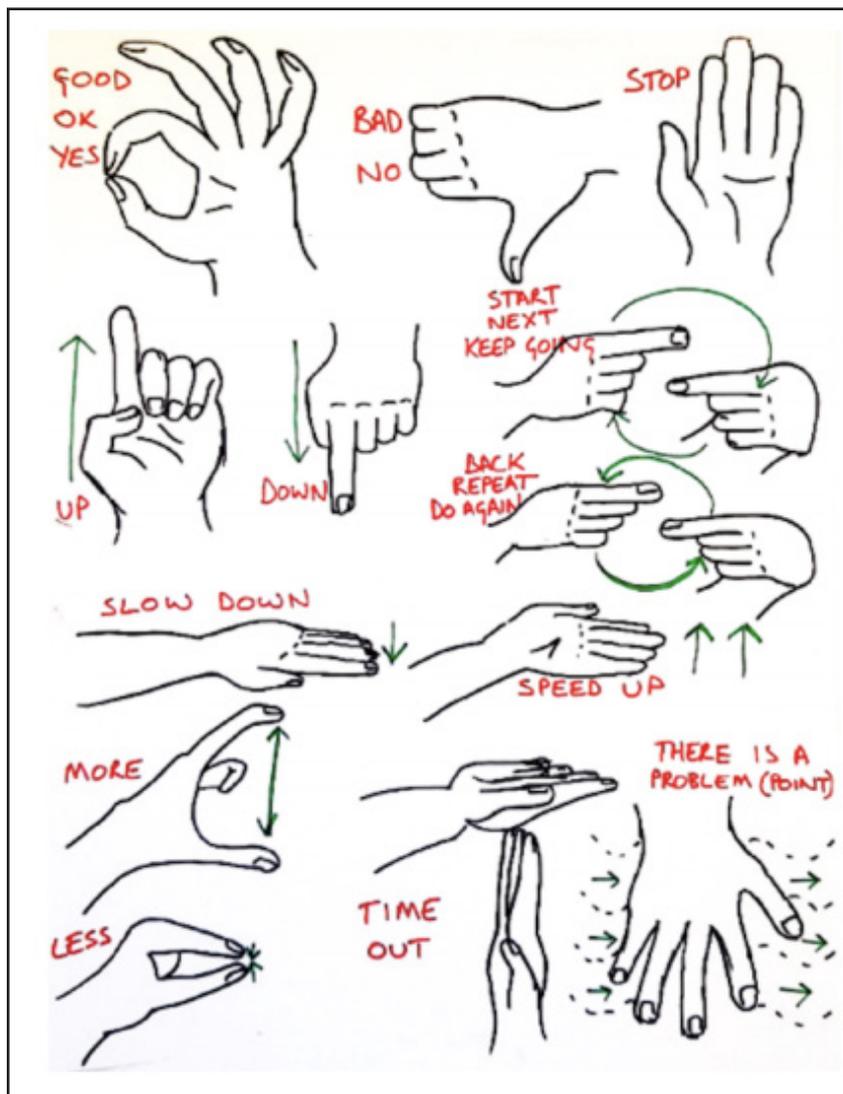


Figura 1. Señales visuales utilizadas en el “método Nightingale” (Shurlock et al., 2021).

Una revisión de opinión de profesionales sanitarios del Hospital General de Singapur introdujo el uso de tabletas digitales junto a las camas de los pacientes aislados donde se reflejaba la medicación y las constantes vitales. Especialmente relevante, también salían los nombres de las enfermeras a cargo. Además, los pacientes podían escribir preguntas no urgentes a las enfermeras, algo que les resultaba bastante satisfactorio, tanto a los pacientes como al personal. La única limitación era que la comunicación resultaba, sin quererlo, demasiado fría y que dependía del tiempo de la enfermera para responder a todas esas preguntas (Fan et al., 2020).

El papel de las mascarillas como barrera en la comunicación

Una revisión sistemática y metanálisis realizada en el Sistema Nacional de Salud del Reino Unido arrojaba que la mascarilla suponía una barrera en la comunicación entre la enfermera y el paciente y que su uso repercutía de manera negativa en su proceso de salud. Antes de la pandemia, los pacientes que no comprendían en su totalidad lo que la enfermera quería decirles, lograban adivinarlo leyendo los labios; sin embargo, el uso de las mascarillas ha mermado esta posibilidad y, como consecuencia, muchos de estos pacientes no comprendían lo que se les estaba diciendo y no lo comunicaban, por lo que se quedaban sin entender la información que el personal sanitario les daba. Este mismo artículo observó que con las mascarillas, tanto las enfermeras como los

médicos tenían que aumentar el tono de voz al hablar con el paciente, lo que, en muchas ocasiones, producía un estado de malestar en el mismo al pensar que le estaban gritando (Marler & Ditton, 2021).

La revisión también tenía en cuenta que con las mascarillas se producía un impacto negativo importante en la comunicación no verbal. Los pacientes, de manera general, buscaban el consuelo interpretando la expresión facial de la enfermera, especialmente la zona de la boca por lo que, al cubrirla con la mascarilla, se generaba una sensación de frialdad por parte de la enfermera que acababa influyendo, de manera negativa, en la recuperación del paciente. Así pues, en la revisión se destacaba la necesidad de tener en cuenta el entorno, minimizando el ruido lo máximo posible, presentándose al paciente, brindándole tranquilidad y confianza, comunicando mediante palabras la comunicación no verbal (decirle si se le está sonriendo o no, por ejemplo), o haciendo uso de las nuevas tecnologías (Marler & Ditton, 2021).

La Universidad de Sídney (Australia) realizó una revisión sistemática donde se observó que, ante la necesidad de utilizar la mascarilla para evitar la propagación del virus, eran necesarias estrategias de comunicación y habilidades de comunicación no verbal para los profesionales sanitarios. Tal y como se ve en la imagen, la expresión facial cambia significativamente cuando se tapa la mitad de la cara con una mascarilla (Mheidly, Fares, Zalzale, & Fares, 2020).

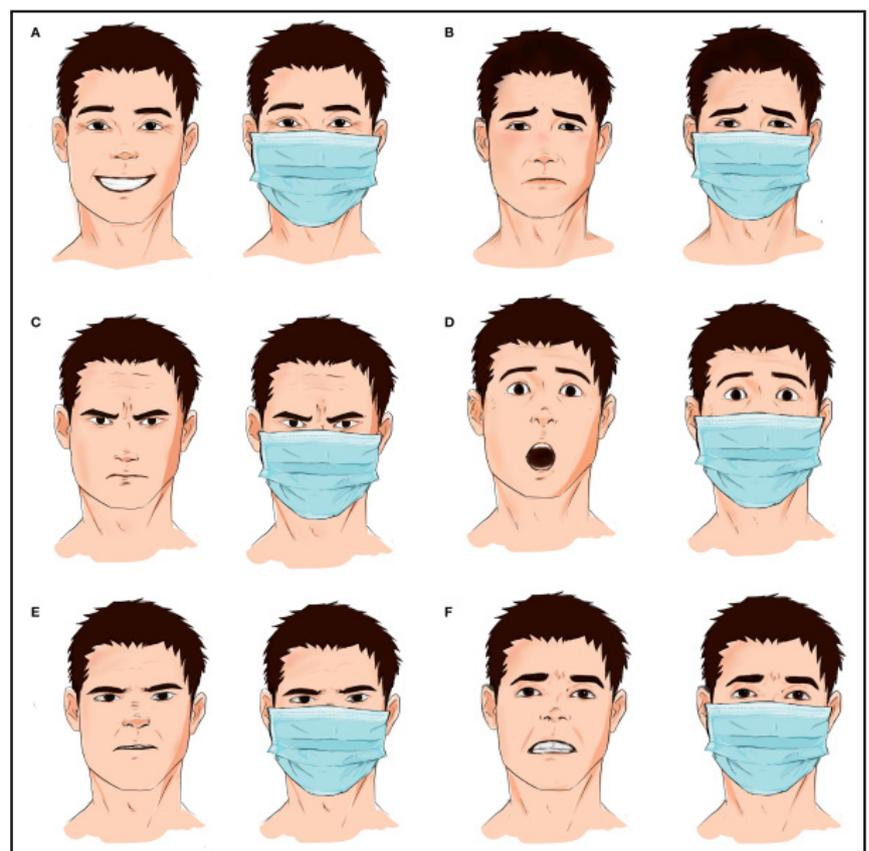


Figura 2. Diferencias de expresiones faciales con y sin mascarilla (Mheidly et al., 2020).

El artículo de investigación del Hospital Nacional de Sri Lanka observó que llevar el EPI al completo produjo, a simple vista, una brecha entre el médico/la enfermera y el paciente. Esto supuso que el profesional sanitario tuviese mayor dificultad para transmitir la información necesaria al paciente. Este estudio vio que el EPI también afectaba al movimiento de las manos y los brazos (lenguaje corporal), por lo que finalmente la comunicación entre la enfermera y el paciente no era efectiva (Samarasekara, 2021).

La Universidad de Manchester (Reino Unido) llevó a cabo una investigación descriptiva cualitativa sobre el impacto de las mascarillas en la comunicación y se observó que más de la mitad de los encuestados tenía una dependencia a la hora de leer los labios que, con el uso de la mascarilla, se había visto mermada y que existían diferencias con la comunicación que se daba antes de la pandemia: el emisor habla más alto, más lento y los mensajes son más sencillos; se utiliza más el lenguaje corporal con el fin de facilitar la descodificación del mensaje y las personas son conscientes de las limitaciones que tiene la otra para entender la información. Este estudio observó también que donde se encontraban más dificultades a la hora de establecer una conversación con alguien con mascarilla era en el entorno sanitario porque entraba en juego la variable de la enfermedad y los nervios (Saunders, Jackson, & Visram, 2021).

Varios sanitarios del Royal London Hospital (Reino Unido) declararon en su artículo de opinión que lo más utilizado para identificar la expresión facial de una persona es la región ocular. Sin embargo, el tapar la boca con la mascarilla influía de manera negativa en la comunicación no verbal (Sharif & Blagrove, 2020).

Mina Bakhit et al realizaron una revisión sistemática con metanálisis sobre el impacto de las mascarillas en la comunicación de las enfermeras y los pacientes. Destacaron que, para la mayoría de las enfermeras, el uso de la mascarilla interfirió de manera negativa en sus relaciones presenciales con los pacientes, siendo indiferente en la relación a distancia o telefónica. La mayoría de los pacientes informaron que tenían dificultad para entender las palabras de la enfermera cuando existía algo de ruido en el entorno, siendo necesario repetir las para poder descodificar el mensaje completo. Muchos pacientes decían, además, que la angustia y el miedo a lo desconocido les impedían entender con claridad las palabras de la enfermera que, según ellos, se esforzaba más para ser entendida (Bakhit et al., 2021).

La telemedicina: una nueva forma de comunicación

Como consecuencia del confinamiento domiciliario impuesto, la relación del personal sanitario con los pacientes en el ámbito extrahospitalario (básicamente, en Atención Comunitaria) se basó en llamadas telefónicas. La Universidad de Ohio (Estados Unidos) publicó un artículo de investigación sobre la influencia de las nuevas tecnologías en la comunicación entre el personal sanitario y los pacientes. Casi un 80% de los pacientes afirmó que prefería una comunicación visual con el médico y la enfermera frente a una simple llamada telefónica, considerada “más fría”. Así, en este sentido, la revisión cualitativa realizada por diferentes autores también mostraba que la mSalud (práctica sanitaria con móviles) era útil para los sanitarios, pero no lo era al 100% para los pacientes (Odendaal et al., 2020; Sieck, Rastetter, & McAlearney, 2021).

La Sociedad de Anestesiología de la India llevó a cabo un estudio de investigación donde observó que la telemedicina ayudó en gran parte a los profesionales sanitarios a hablar con los pacientes, sobre todo a los médicos porque podían atender sus consultas a través del teléfono. Con respecto a la enfermería, muchas de las consultas de revisiones (que no conllevaran realizar ninguna técnica), sí que se podían llevar a cabo a través del teléfono. A los pacientes, y según este estudio, durante los primeros meses (marzo-abril de 2020) les pareció una buena solución. Sin embargo, con el paso del tiempo, declararon que requerían el contacto “cara a cara” con la enfermera porque, la comunicación a través del teléfono les parecía bastante fría (Ghai, Malhotra, & Bajwa, 2020).

La psicóloga forense especialista en emergencias y catástrofes, Ana Isabel Álvarez, reveló que existían más barreras que ventajas a la hora de establecer una comunicación entre el personal sanitario y los pacientes a través del teléfono, entre las que destacaban la pérdida de elementos no verbales que facilitaban, en un momento dado, saber si la otra persona estaba comprendiendo lo que se le está diciendo o el tiempo empleado en realizar la llamada, que normalmente era menor a una cita presencial (Álvarez Aparicio, 2020).

La Unidad de Diálisis Peritoneal del Hospital Universitario Central de Asturias llevó a cabo un estudio descriptivo, de corte transversal y retrospectivo sobre la atención telefónica y presencial a sus pacientes durante la crisis sanitaria de la COVID-19. En dicho estudio, se observó que hubo un elevado número de consultas telefónicas en 2020 en comparación con 2019, mientras que ocurrió lo contrario con respecto a las consultas presenciales: su número disminuyó drásticamente en 2020

como consecuencia de la pandemia. Según el estudio, dicha situación de emergencia llevó a una transformación en cuanto a la gestión del tiempo del que disponía el personal de enfermería para atender a los pacientes. Se tuvo que adaptar para aumentar la actividad telemática, aunque su uso no supuso una disminución en la calidad asistencial de los cuidados ni en la salud de los pacientes (Fernández Díaz, 2020).

Un residente del servicio de Medicina Interna de un hospital de Nueva York escribió una práctica reflexiva sobre el uso del teléfono en las plantas de hospitalización con enfermos de COVID-19. En ella, llegó a la conclusión de que las familias acogían mejor las llamadas durante el día que durante la noche porque asumían que una llamada a altas horas de la madrugada era señal de malas noticias. También era mejor recibido que siempre les llamase el mismo profesional sanitario porque ya tenían una relación más estrecha, había más confianza y se iba dando una comunicación no verbal ya conocida por ambas partes. Por lo general, las familias aceptaron bien que la comunicación fuese telefónica (Sindhu, 2021).

La Universidad de Pittsburgh (Estados Unidos) llevó a cabo un estudio de entrevistas cualitativas con alrededor de 20 familiares de pacientes que estaban ingresados en los hospitales durante la pandemia. A priori, los profesionales sanitarios dudaban de la comunicación por teléfono y vídeo como vehículo para transmitir cierta información a los familiares de manera clara y sencilla. Los familiares aceptaron este tipo de comunicación y estaban abiertos a aceptar la evolución de su familiar ingresado por esta vía porque no había otra manera dadas las circunstancias provocadas por la pandemia. Sin embargo, este tipo de comunicación suponía unos inconvenientes y unas limitaciones como la escasez de elementos pertenecientes a la comunicación no verbal, especialmente el silencio y el poder de la mirada, o la dificultad para tener conversaciones de carácter más personal. El estudio también revelaba que eran las videollamadas las de elección preferida por los familiares ya no solo por poder ver a su familiar, sino también por ver la cara del profesional sanitario y ver así sus emociones y expresiones faciales (Kennedy et al., 2021).

Conclusiones

El ser humano es un ser sociable por naturaleza que, en su día a día, utiliza la comunicación para vivir y comunicarse con su entorno. Así pues, y tras la revisión bibliográfica realizada, se puede decir que la comunicación, de manera general, se ha visto mermada en este último año durante la crisis sanitaria del COVID-19 en el contexto clínico. Lo principal en el proceso de curación de los pa-

cientes enfermos por el COVID-19 ha sido la enfermedad. En general, la esfera psicosocial del paciente ha pasado a un segundo plano.

El tiempo para establecer una conversación con el paciente, en la Unidad de Cuidados Intensivos, ha estado muy limitado por la carga de trabajo del personal de enfermería. Esto ha acabado por degradar la comunicación entre ambas partes (paciente y profesionales sanitarios). Se ha observado que, llevando a cabo ciertos modelos de comunicación, como el “modelo de comunicación Nightingale”, que consiste en el uso de gestos y señales con las manos, se ha mejorado la experiencia comunicativa, tanto de los pacientes como de las propias enfermeras. Además, el llevar el nombre puesto en el EPI ha hecho que los pacientes tengan un trato más cercano con el personal sanitario, aunque ha sido demasiado frío. Sin embargo, aunque modelos como estos han funcionado, no se ha conseguido llevar a cabo una comunicación eficaz dadas las circunstancias. Por ello, es necesario que la enfermera tenga o adquiera habilidades comunicativas que mejoren la atención de los pacientes en momentos de crisis sanitarias.

La obligatoriedad de llevar mascarillas como elemento para evitar los contagios y la propagación del virus ha supuesto una barrera a la hora de llevar a cabo el proceso comunicativo, especialmente entre la enfermera y los pacientes. Esto, ha hecho que la comunicación no sea efectiva entre ambas partes. Según los estudios revisados, la comunicación no verbal ha sido la más dañada por el uso de las mascarillas ya que, al tapar una parte de la expresión facial, no han permitido la transmisión del mensaje completo en ambas direcciones. Otra parte importante que merma el uso de las mascarillas es la posibilidad de leer los labios, y es que muchos pacientes entendían mejor lo que se les estaba diciendo cuando leían los labios de la otra persona. La mascarilla hace pues, una expresión facial neutra, que requiere que el emisor del mensaje tenga que elevar el tono de voz, algo que, en los pacientes, no es bien recibido. Junto con las mascarillas, el EPI ha supuesto otra barrera en la comunicación con los pacientes. Al igual que con las mascarillas, con el EPI se desnaturaliza toda la expresión facial de una persona y esto lleva a que todos los profesionales sanitarios parezcan la misma persona, algo que repercute de manera negativa en el propio paciente.

La telemedicina ha supuesto una alternativa a la atención presencial en el contexto clínico. Dentro del ámbito hospitalario, las videollamadas han sido las más utilizadas para poner en contacto a los pacientes ingresados en los hospitales con sus familiares. Esto ha sido bien recibido por parte de la familia, que no tenía otra manera de hablar y de ver a sus familiares; en concreto ha resultado

de gran utilidad con los pacientes ingresados de mayor edad, que se manejan peor con las nuevas tecnologías o no disponen de teléfono móvil con cámara. En cuanto al ámbito extrahospitalario, el personal de enfermería ha utilizado más las llamadas telefónicas para poder comunicarse con los pacientes. Este modo de trabajar ha sido peor recibido por los pacientes al no tener un contacto visual con los profesionales. La mayor parte de los pacientes prefiere, según los estudios consultados, un trato cara a cara con la enfermera, ya que reduce su ansiedad, incertidumbre y miedo, además de mejorar su relación terapéutica y de confianza.

En definitiva, la crisis sanitaria ha dañado de manera grave la relación comunicativa existente entre la enfermera y el paciente, que requiere una atención igual o mayor en su esfera psicosocial. Con este trabajo se ha observado la importancia que adquiere la comunicación para la profesión de la enfermería y su relevancia en el proceso de salud de los pacientes, ya que una atención de manera global (que incluya la parte comunicativa/psicosocial) mejora el proceso de curación de los pacientes y su satisfacción con el sistema sanitario. Ambas partes llevan una relación de empatía y confianza que se ha visto mermada debido al uso de las mascarillas, a la carga de trabajo por la saturación de los centros hospitalarios o a la utilización de las llamadas telefónicas como alternativa a la atención presencial. Se ha observado que esta sigue siendo la atención de elección tanto para los pacientes como para sus familiares.

Contribuciones de los autores

Diseño: CAG y RMG; adquisición, análisis e interpretación de datos: CAG; revisión crítica del contenido: RMG; preparación del borrador del manuscrito: CAG y RMG; revisión y edición del manuscrito: CAG y RMG.

Financiación

Esta investigación no recibió financiación.

Declaración de disponibilidad de datos

Los datos presentados en este estudio están disponibles en los documentos referenciados en la bibliografía, disponibles en las bases de datos: Cuiden, PubMed, SciELO, Biblioteca Cochrane Plus, Scopus y Web of Science.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no hay conflicto de interés.

Referencias Bibliográficas

Allgood, M. R. (2018). *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona: Elsevier.

Álvarez Aparicio, A. I. (2020). Comunicación de malas noticias en el ámbito sanitario en tiempos de

COVID-19. La comunicación telefónica. *Revista de Comunicación y Salud*, 10(2), 211-248. [https://doi.org/10.35669/rcys.2020.10\(2\).211-248](https://doi.org/10.35669/rcys.2020.10(2).211-248)

Bakhit, M., Krzyzaniak, N., Scott, A. M., Clark, J., Glasziou, P., & Del Mar, C. (2021). Downsides of face masks and possible mitigation strategies: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 11(2), e044364. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044364>

Bowman, B. A., Back, A. L., Esch, A. E., & Marshall, N. (2020). Crisis Symptom Management and Patient Communication Protocols Are Important Tools for All Clinicians Responding to COVID-19. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), e98-e100. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.028>

Cibanal Juan, L., Arce, M. C., & Carballal Balsa, M. del C. (2014). Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. Barcelona: Elsevier. Recuperado de <https://www.elsevierlibrary-es/product/tcnicas-de-comunicacin-y-relacin-ayuda-en-ciencias-la-salud-acceso-web65198>

Elers Mastrapa, Y., & Gibert Lamadrid, M. del P. (2016). Relación enfermera-paciente: Una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(4). Recuperado de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976/215>

Fan, P. E. M., Fazila, A., Lim, S. H., Ang, S. Y., Karen, P., Quek, A. H., ... Tracy, C. A. (2020). Needs and concerns of patients in isolation care units - learnings from COVID-19: A reflection. *World Journal of Clinical Cases*, 8(10), 1763-1766. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v8.i10.1763>

Feder, S., Smith, D., Griffin, H., Shreve, S. T., Kinder, D., Kutney-Lee, A., & Ersek, M. (2021). "Why Couldn't I Go in To See Him?" Bereaved Families' Perceptions of END-OF-LIFE Communication During COVID-19. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(3), 587-592. <https://doi.org/10.1111/jgs.16993>

Fernández Díaz, R. (2020). Telecuidado: Nueva perspectiva asistencial en tiempos de pandemia. *Paraninfo Digital*, XIV(32), e32094p.

Ghai, B., Malhotra, N., & Bajwa, S. S. (2020). Telemedicine for chronic pain management during COVID-19 pandemic. *Indian Journal of Anaesthesia*, 64(6), 456. https://doi.org/10.4103/ija.IJA_652_20

Kennedy, N. R., Steinberg, A., Arnold, R. M., Doshi, A. A., White, D. B., DeLair, W., ... Elmer, J. (2021).

- Perspectives on Telephone and Video Communication in the Intensive Care Unit during COVID-19. *Annals of the American Thoracic Society*, 18(5), 838-847. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202006-729OC>
- Li, J., Wang, J., Kong, X., Gao, T., Wu, B., Liu, J., & Chu, J. (2021). Person-Centered Communication Between Health Care Professionals and COVID-19-Infected Older Adults in Acute Care Settings: Findings From Wuhan, China. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(4), e225-e229. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa190>
- Lord, H., Loveday, C., Moxham, L., & Fernandez, R. (2021). Effective communication is key to intensive care nurses' willingness to provide nursing care amidst the COVID-19 pandemic. *Intensive and Critical Care Nursing*, 62, 102946. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102946>
- Lucas Lucas, R. (2010). Explicame la persona. Roma: ART.
- Marler, H., & Ditton, A. (2021). "I'm smiling back at you": Exploring the impact of mask wearing on communication in healthcare. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 56(1), 205-214. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12578>
- Meyerowitz, E. A., Richterman, A., Gandhi, R. T., & Sax, P. E. (2021). Transmission of SARS-CoV-2: A Review of Viral, Host, and Environmental Factors. *Annals of Internal Medicine*, 174(1), 69-79. <https://doi.org/10.7326/M20-5008>
- Mheidly, N., Fares, M. Y., Zalzale, H., & Fares, J. (2020). Effect of Face Masks on Interpersonal Communication During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Public Health*, 8, 582191. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.582191>
- Milton, D. K. (2020). A Rosetta Stone for Understanding Infectious Drops and Aerosols. *Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society*, 9(4), 413-415. <https://doi.org/10.1093/jpids/piaa079>
- Ministerio de Sanidad. (2021). *Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2* (p. 42). Madrid: Ministerio de Sanidad. Recuperado de Ministerio de Sanidad website: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Proteccion_Trabajadores_SARS-CoV-2.pdf
- Monin, J. K., Ali, T., Syed, S., Piechota, A., Lepore, M., Mourgues, C., ... David, D. (2020). Family Communication in Long-Term Care During a Pandemic: Lessons for Enhancing Emotional Experiences. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(12), 1299-1307. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.09.008>
- Nair, D., Malhotra, S., Lupu, D., Harbert, G., & Scherer, J. S. (2021). Challenges in communication, prognostication and dialysis decision-making in the COVID-19 pandemic: Implications for interdisciplinary care during crisis settings. *Current Opinion in Nephrology & Hypertension*, 30(2), 190-197. <https://doi.org/10.1097/MNH.0000000000000689>
- Naranjo Hernández, Y., Concepción Pacheco, J. A., & Rodríguez Larreynaga, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3), 1-11.
- Odendaal, W. A., Anstey Watkins, J., Leon, N., Goudge, J., Griffiths, F., Tomlinson, M., & Daniels, K. (2020). Health workers' perceptions and experiences of using mHealth technologies to deliver primary healthcare services: A qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011942.pub2>
- Ramírez, J. L. (1989). *El significado del silencio y el silencio del significado. El silencio*. Presentado en Seminario de Antropología de la conducta, San Roque (Cádiz). Recuperado de <http://www.ub.edu/geocrit/sv-73.htm>
- Real Academia Española. (2020). *Comunicación*. Recuperado 6 de septiembre de 2021, de <https://dle.rae.es/comunicaci%C3%B3n>
- Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. (2020a). *Informe sobre la situación de COVID-19 en España. Informe COVID-19 no19* (p. 15). Instituto de Salud Carlos III. Recuperado de Instituto de Salud Carlos III website: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20n%C2%BA%202019.%20Situaci%C3%B3n%20de%20COVID-19%20en%20Espa%C3%B1a%20a%201%20de%20abril%20de%202020.pdf>
- Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. (2020b). *Informe sobre los casos de COVID-19 confirmados en España. Informe COVID-19 no4* (p. 6). Instituto

- de Salud Carlos III. Recuperado de Instituto de Salud Carlos III website: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20COVID-19.%20N%c2%ba%204_02marzo2020_ISCIII.pdf
- Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. (2020c). *Informe sobre los casos de COVID-19 confirmados en España. Informe COVID-19 no9* (p. 6). Instituto de Salud Carlos III. Recuperado de Instituto de Salud Carlos III website: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20COVID-19.%20N%c2%ba%209_13marzo2020_ISCIII.pdf
- Rodrigues, M. E. N. G., Belarmino, A. da C., Lopes Custódio, L., Lima Verde Gomes, I., & Rodrigues Ferreira Júnior, A. (2020). Communication in health work during the COVID-19 pandemic. *Investigación y Educación en Enfermería*, 38(3). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v38n3e09>
- Samarasekara, K. (2021). 'Masking' emotions: Doctor-patient communication in the era of COVID-19. *Postgraduate Medical Journal*, 97(1148), 406-406. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2020-138444>
- Saunders, G. H., Jackson, I. R., & Visram, A. S. (2021). Impacts of face coverings on communication: An indirect impact of COVID-19. *International Journal of Audiology*, 60(7), 495-506. <https://doi.org/10.1080/14992027.2020.1851401>
- Saxena, S. K. (Ed.). (2020). *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Epidemiology, Pathogenesis, Diagnosis, and Therapeutics*. Singapore: Springer Singapore.
- Sharif, S. P., & Blagrove, E. (2020). COVID-19, masks and communication in the operating theatre: The importance of face value. *Psychological Medicine*, 1-1. <https://doi.org/10.1017/S0033291720003669>
- Sharma, N., & Gupta, V. (2021). Therapeutic Communication. En *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567775/>
- Shurlock, J., Rudd, J., Jeanes, A., Iacovidou, A., Creta, A., Kanthasamy, V., ... Finlay, M. (2021). Communication in the intensive care unit during COVID-19: Early experience with the Nightingale Communication Method. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(1), mzaa162. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa162>
- Sieck, C. J., Rastetter, M., & McAlearney, A. S. (2021). Could Telehealth Improve Equity During the COVID-19 Pandemic? *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 34(Supplement), S225-S228. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2021.S1.200229>
- Sindhu, K. K. (2021). The Phone: Communication in the Age of COVID-19. *Patient Education and Counseling*, 104(8), 1889-1890. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.02.013>
- Tang, T. S., Digby, E. M., Wright, A. M., Chan, J. H. M., Mazanderani, A. B., Ross, S. A., ... Tildesley, H. D. (2014). Real-time continuous glucose monitoring versus internet-based blood glucose monitoring in adults with type 2 diabetes: A study of treatment satisfaction. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 106(3), 481-486. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2014.09.050>
- Wanko Keutchafo, E. L., Kerr, J., & Jarvis, M. A. (2020). Evidence of nonverbal communication between nurses and older adults: A scoping review. *BMC Nursing*, 19(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00443-9>
- Wittenberg, E., Goldsmith, J. V., Chen, C., Prince-Paul, M., & Johnson, R. R. (2021). Opportunities to improve COVID-19 provider communication resources: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 104(3), 438-451. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.12.031>
- Yáñez Benítez, C., Güemes, A., Aranda, J., Ribeiro, M., Ottolino, P., Di Saverio, S., ... Yáñez, C. (2020). Impact of Personal Protective Equipment on Surgical Performance During the COVID-19 Pandemic. *World Journal of Surgery*, 44(9), 2842-2847. <https://doi.org/10.1007/s00268-020-05648-2>
- Yoo, H. J., Lim, O. B., & Shim, J. L. (2020). Critical care nurses' communication experiences with patients and families in an intensive care unit: A qualitative study. *PLOS ONE*, 15(7), e0235694. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235694>