

COMUNICACIONES BREVES

La comunicación en estado de mínima consciencia

Communication in a minimally conscious state

Yasmid Sandoval Cardona

Diplomada en Enfermería. Fundación Instituto San José, Hermanos de San Juan de Dios (Madrid).

DOI: <https://doi.org/10.60108/ce.326>

Cómo citar este artículo: Sandoval Cardona, Y., La comunicación en estado de mínima consciencia. Conocimiento Enfermero 30 (2025): 03-08.

Disponible en: <http://www.conocimientoenfermero.es>

1. Preámbulo

Asegurar una correcta comunicación del profesional con el paciente constituye un elemento fundamental para favorecer la efectividad e idoneidad de los cuidados en todas las situaciones, por lo que se hace necesario utilizar fórmulas y herramientas eficientes para cada situación que garanticen la correcta comprensión de la información.

La comunicación es el elemento fundamental para establecer la relación terapéutica enfermera paciente-usuario, lo que permite establecer objetivos, evaluar cuidados y retroalimentar las necesidades identificadas

En este artículo se presenta un instrumento destinado específicamente a comunicar y valorar la evolución de las personas en el campo específico de la atención al paciente neurológico, en una unidad de "Daño cerebral con mínima consciencia".

Este instrumento se ha construido en base a la bibliografía y a los desarrollos existentes en la actualidad, y la experiencia adquirida en una unidad de daño cerebral.

Al realizar una revisión bibliográfica sobre el tema no se encontró un instrumento específico sobre la valoración de la comunicación no verbal, por lo que se abordó este proyecto para brindar una herramienta en el ejercicio profesional en neurología, contribuyendo a posicionar el papel de la enfermería en el equipo mul-

tidisciplinario de la atención en daño cerebral, para establecer objetivos y metas individuales en la rehabilitación de los pacientes.

2. Introducción

Las causas más comunes del daño cerebral adquirido son el accidente cerebrovascular, el trauma craneoencefálico, las infecciones, los tumores a nivel cerebral y la anoxia cerebral.

La alteración de la comunicación sobreviniente por la existencia de un daño cerebral adquirido puede comprender habilidades físicas, neuropsicológicas y cognitivas, presentadas individualmente o en su conjunto, impactando la calidad de vida del individuo y su entorno familiar y social.

En cuanto al concepto de "**Estado de Mínima Consciencia (EMC)**", se corresponde con la condición de grave alteración neurológica en la que existe una evidencia mínima pero discernible de la conciencia de sí mismo o del entorno. Las personas en este estado, a diferencia de un estado vegetativo, pueden mostrar algunos signos de conciencia, como seguir objetos con la mirada, reaccionar a estímulos simples, llorar, sonreír o, en algunos casos, incluso decir palabras inteligibles o asentir/negar con la cabeza.

Entre las herramientas existentes para valorar en estado de mínima consciencia, se encuentran la escala de Coma de Glasgow, la escala de recuperación del coma (CRSR), la escala de CA-

VIDACE, o la escala de Valoración de la Discapacidad (DRS), entre otras.

Los pacientes diagnosticados de “*estado de mínima consciencia*”, se pueden clasificar en dos categorías: EMC+, pacientes que presentan comprensión de ordenes simples y/o verbalización inteligible y/o comunicación intencional no funcional; EMC-, pacientes en los que están ausentes.

La **comunicación no verbal** o lenguaje corporal incluye el aspecto físico, posturas, gestos y miradas, la distancia física entre el cuidador y el paciente, el tono de voz y expresiones faciales, como complementos de la verbal.

La descripción de los mensajes no verbales suele ser un indicador más fiable de la condición de un paciente que sus propias respuestas verbales.

Con la comunicación no verbal se aumenta la calidad de la comunicación, ayuda a transmitir la información de forma eficiente y a que los pacientes se sientan bien atendidos y cómodos. Se establece confianza como parte del tratamiento del paciente que mejora los resultados y la recuperación integral, porque las palabras no siempre bastan.

La comunicación no verbal es la transferencia de información, emociones y sentimientos, que completa la comunicación verbal limitada o ausente.

3. Desarrollo

Al realizar una amplia revisión de las escalas de valoración utilizadas a nivel multidisciplinar,

solo se valora la comunicación verbal, con sesgo para la afasia y etapas de transición, con reacciones consientes e inconscientes, por lo que se fijó como objetivo elaborar una herramienta que diera respuesta a la mejora en la comunicación con los pacientes en estado de mínima consciencia.

Se fijaron los siguientes objetivos en su desarrollo:

3.1. Objetivo general

- Identificar en el paciente de mínima consciencia el restablecimiento de la comunicación con su entorno.

3.2. Objetivos específicos

- Evaluar la respuesta a los estímulos durante los cuidados de enfermería.
- Estimular la comunicación y empatía entre paciente y cuidador la relación terapéutica establecida.
- identificar la manifestación necesidades del paciente durante los cuidados, centrado en la evolución de su situación clínica.

4. Resultado

Basándose en los datos obtenidos en la revisión bibliográfica y la experiencia adquirida en una unidad de daño cerebral, se elaboró la siguiente herramienta específica para valorar la comunicación no verbal en estado de mínima consciencia:

LA COMUNICACIÓN NO VERBAL EN ESTADO DE MÍNIMA CONSCIENCIA

IDENTIFICACION

TURNO

M/ T/ N

OBSERVADOR: DUE

/ TCAE

CUIDADO REALIZADO

DURACION INTERVENCION

A. LENGUAJE CORPORAL			
Gestos faciales	Observaciones	Sí	No
Cierra los ojos			
Abre la boca			
Saca la lengua			
Guiñe el ojo			
Fruncir las cejas			
Gestos corporales			
Mueve alguna parte			
Cabeza			
Pies			
Manos			
Otra parte identificada			
Mimicas emocionales			
Respuesta positiva:			
Respuesta negativa:			
Aceptación: SONRISA			
Incomodidad: Llanto- Dolor			

B. CONTACTO VISUAL – MIRADA		Sí	No
Contacto Señal constante de atención y confianza.			
Evasiva Evitamos el contacto por timidez, desconfianza o falta de interés.			
Fija Mantener la mirada transmite determinación, interés y/o incluso intimidación.			
Complicidad Compartir un entendimiento mutuo. Señal de conexión emocional y/o un acuerdo implícito.			
Despectiva Expresar desprecio o desdén hacia él otra. Puede ser utilizada como un medio de intimidación.			

C. EXPRESIÓN FACIAL		Sí	No
Emociones positivas Alegría, humor, felicidad.			
Emociones negativas Miedo, tristeza, ira.	 		
Emociones ambiguas Sorpresa, esperanza, compasión.			

D. PARALINGÜÍSTICAS			
Emociones / necesidades	Sí	No	
*Risa – llanto			
*Dolor			Escala visual analógica – EVA
Gestos concomitantes	Sí	No	
*Imitar sonido sí/no			
*Imitar otros sonidos			

E. EXTRALINGÜÍSTICOS		Sí	No
Instrumentos materiales sobre los sentidos como la señalización del hospital.			
Objetos de la Habitación	Anotarlo:		
Objetos propios – Fotos, etc			

F. COMUNICACIÓN VERBAL/OROMOTORA		Sí	No
* Verbalización inteligible			
* Movimientos orales – vocalización – Palabra identificada.			
* Movimientos orales reflejos			
* No hay respuesta			

INCIDENCIAS

Valoración: Respuestas en cada ítem al menos una, para un total de 6 ítems / Tiempo de interacción.

En cada valoración tener en cuenta el aumento o disminución de los elementos de la comunicación y el tiempo de interacción.

Sin cambios 0 – Mejoría 2 – Deterioro 1

GUÍA DE ADMINISTRACIÓN

Al aplicar este instrumento iniciamos saludando y damos información acerca del cuidado de enfermería a realizar. En este caso, vamos a evaluar las respuestas de comunicación no verbal. Continuando la interacción de acuerdo con lo expresado, y el final de la misma, será establecido al no obtener más atención por parte del paciente.

Observar el comportamiento en los siguientes aspectos:

A. Lenguaje corporal: examinamos la postura, los gestos y la expresión facial, buscando Indicadores de confianza, prestando atención a sus gestos faciales, corporales.

Podemos obtener las mímicas emocionales, lo cual nos permite obtener la aceptación o negación de los cuidados que estamos realizando.

B. Contacto visual: Con la mirada podemos expresar emociones, sentimientos e intenciones. Reconoce su nombre, en estado de alerta incluirlo en nuestra expresión verbal; presta atención a nuestras explicaciones.

C. Expresión facial: Durante la realización de los cuidados obtenemos las emociones primarias, nos permite comprender el estado de ánimo, lo cual facilitara la interacción con el paciente. Además de obtener la aceptación o negación de los cuidados que estamos realizando.

D. Para lingüista: Durante la comunicación el paciente puede expresar emociones y necesidades, en este punto podremos usar si se precisa la escala EVA – Dolor, al realizar un procedimiento.

E. Extralingüístico: Valorar la mirada intencional hacia los objetos presentes en la habitación, el cual nos permite completar su mensaje y anotar con cual interactúa.

F. Oromotora: La comunicación emite algún sonido como respuesta a la comunicación verbal, también al intentar establecer contacto con otros miembros del equipo y/o familiares presentes en la valoración. En algunos casos son los familiares quienes refieres esos intentos de comunicación percibidos en el tratamiento hospitalario.

Incidencias: Anotar los cambios en su estado de salud, incluidos cambios de tratamiento. Además de otras respuestas no contempladas en el instrumento.

Valoración: Incluir todas las respuestas positivas por cada ítem contemplado en los elementos de la comunicación no verbal, también a tener en cuenta el tiempo de interacción; en relación con la duración del procedimiento y que nos indique mayor tiempo de alerta.

Obtener respuesta positiva: 1 / Sin respuesta: 0

En la valoración Global, tomaremos los seis ítems para determinar si existen cambios. En cada valoración a tener en cuenta el aumento o disminución de los elementos de la comunicación y el tiempo de interacción, dependiendo del cuidado de enfermería realizado.

La propuesta es aplicar el instrumento al ingreso en la unidad de daño cerebral como elemento adjunto a la valoración inicial por Enfermería, y aplicarlo mensualmente o de acuerdo con la evolución del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. La comunicación en enfermería: ¿cómo practicar la escucha activa al paciente? Ciencias de la Salud|29/11/2021.UNIR.
2. Cuadernos FEDACE sobre daño cerebral adquirido: síndrome de vigilia sin respuesta y de mínima consciencia, Madrid, Dic/2011. Edita: Federación Española de Daño Cerebral FEDACE ISBN: 978-84-695-0667-7
3. Enfermería y comunicación no verbal Miriam Breeze. 1 Feb 2018. <https://www.cuidatudinero.com/13112814/enfermeria-ycomunicacion-no-verbal>
4. Escalas_de_evaluacion_del_dolorsubido.pdf Innova Honco- Hospital U. de Fuenlabrada Comunidad de Madrid.
5. IRENEA – Unidad de COMA y Estados Alterados de la Consciencia de España. Federación Española de Daño Cerebral (FEDACE).
6. Guide to the Comatose Patient – Mayo Clinic Guía para quienes cuidan a un paciente comatoso <https://www.Mayoclinic.org/es/drc-20371103>
7. Lancet Neurology Vol. 398 No. 10307 p 1269-1278. Published: August 26, 2021. Gavin D Perkins Clifton W Callaway
8. Tipos de miradas y su significado. Mary Dulcinia Lugo. 13 diciembre 2022 Psicología-online-psicología social.
9. Unidad de Daño cerebral – UVE ESTIMULACION BASAL Valoración basal – Nivel Comunicativo. Sesión de estimulación comunicativa, Hoja de registro. Fundación Instituto San José, Hermanos de san Juan de Dios, Madrid.