

Análisis de un diagnóstico de enfermería: deterioro de la comunicación verbal

Sonia Ruiz Almería

Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Enfermería. Facultad de Medicina. Pabellón II. 3ª
Planta. Avenida Complutense s/n.. 28040 Madrid.
sralmeria@gmail.com

Tutor

Raúl García Vallejo

CS Campamento. D.A. Centro. C/Mirueña 5. 28024 Madrid.
Raul.garcia@salud.madrid.org

Resumen: El diagnóstico Deterioro de la Comunicación Verbal, se trata de un diagnóstico de enfermería incluido en la Taxonomía NANDA. La elección de este diagnóstico como objeto de análisis se debe a la importancia de la comunicación, en concreto la comunicación verbal y la utilización de los diagnósticos en la práctica enfermera. Existen múltiples barreras y alteraciones que desencadenan un fallo en la comunicación verbal, impidiendo que se satisfagan las necesidades de las personas de forma satisfactoria y originando una serie de consecuencias negativas. Los profesionales de enfermería de atención primaria deben tener el conocimiento necesario sobre la aplicabilidad clínica del diagnóstico para poder aplicar los cuidados necesarios en relación con las necesidades que presente el individuo. Por ello, se explica la importancia de la comunicación y se analiza de manera exhaustiva la evolución y los componentes del diagnóstico y, en caso necesario, mejorarlo. Es decir, en relación a los componentes se explica qué son, para qué sirven, si son adecuados y suficientes. Además, durante el desarrollo del trabajo se realizan propuestas de aquellos que se consideran poco concretos e insuficientes, de manera que el diagnóstico pueda ser lo más completo y adecuado posible.

Palabras clave: Comunicación - Trastornos. Diagnóstico de Enfermería. Atención Primaria.

Abstract: Impaired Verbal Communication is a nursery diagnosis included in NANDA Taxonomy. The choice of this diagnosis as the target of analysis is due to the importance of the communication, specifically in the verbal communication and the use of the diagnosis in the nursery performance. There are a lot of obstacles and alterations which trigger misunderstandings on verbal communication, avoiding the fulfillment of people needs and developing a set of negative consequences. Primary health care nursery professionals must be aware of the clinical applicability of the diagnosis in order to apply the required cares related to the individual needs. Therefore, the importance of the

communication is justified and the development and diagnosis components are exhaustively analyzed and improved, if needed. That is, it is explained what the components are, which are their usages and if they are suitable and sufficient. Furthermore, during the development of the job, proposals are made about those which are considered insufficient and not specific enough, so the diagnosis can be as complete and suitable as possible.

Keywords: Communication Disorders. Nursing Diagnosis.

INTRODUCCIÓN

Justificación

Si buscamos el significado del término Comunicación, encontramos tantas definiciones como fuentes bibliográficas existan. Sin embargo, la base de todas las definiciones reside en el intercambio de un mensaje, entendiendo este como el conjunto de elementos verbales y no verbales que se pueden transmitir.

Los seres humanos necesitan comunicarse para intercambiar ideas, pensamientos, sentimientos, emociones y actitudes. Por ello, la comunicación no solo se trata de una necesidad social, sino que las personas necesitan escuchar y ser escuchadas para hacer frente a todas las dimensiones que les configuran y a los problemas que les rodean. La comunicación posibilita las relaciones humanas y éstas a su vez participan e influyen en la creación de la identidad personal. Aporta valores, creencias y estilos de vida, participando en el desarrollo y favoreciendo la independencia del individuo. Se trata por lo tanto, de una necesidad básica que permite, desde los inicios de la humanidad, la supervivencia de los seres humanos^(1,2).

Como afirma Valois Núñez⁽³⁾ “es imposible no comunicar”. Sin embargo, comunicar no es sinónimo de buena comunicación. Para que ésta exista, tienen que estar presentes una serie de elementos fundamentales, los cuales son^(4,5,6):

- Emisor: es quien decide, codifica, dosifica y envía el mensaje al receptor. Es decir, es quien pretende comunicar algo.
- Receptor: es quien recibe el mensaje, lo decodifica y lo interpreta.
- Mensaje: se trata del contenido de la información.
- Canal: constituye el medio por el cual se envía, se transmite y se recibe el mensaje. Si el canal no es el adecuado el mensaje puede ser malinterpretado o no recibido.
- Transmisor: es la forma en la que se transmite el mensaje (por ejemplo: oral o escrito).

Para que se desarrolle una buena comunicación también es necesario prestar atención al mensaje que se recibe y manifestar que se ha recibido de forma correcta. Es decir, es importante la escucha activa para que el proceso comunicativo sea eficaz. Para ello, la atención al interlocutor no debe perderse. De manera que contribuimos a que se produzca una buena escucha activa guardando silencio, evitando distracciones ambientales y manteniendo un ambiente distendido y agradable. Esto da lugar a que se produzca el fenómeno de feedback o retroalimentación. Se trata de las acciones verbales y no verbales que el receptor envía al emisor tras recibir e interpretar la información. Permite valorar si el mensaje ha sido decodificado y recibido de manera correcta⁽⁵⁾.

Como se ha podido observar, la comunicación se trata de un proceso complejo por lo que no siempre es posible que se desarrolle una buena comunicación. Este hecho trae consigo consecuencias negativas a nivel individual y social derivadas de la ausencia de una comunicación satisfactoria o mala comunicación. Por ejemplo, a nivel individual puede derivar a situaciones como el aislamiento, déficit de cuidados, frustración y trastornos mentales. A nivel colectivo, las consecuencias pueden tener un impacto sobre los sistemas sanitarios con repercusión económica y asistencial⁽¹⁾.

En el proceso comunicativo el intercambio del mensaje se puede realizar a través de la palabra o en ausencia de ella. Es decir, hablamos de la comunicación verbal y de la comunicación no verbal^(5,6,7).

- Comunicación no verbal: La comunicación no verbal está menos sometida al control consciente y aporta una potente información, la cual en muchas ocasiones es imposible manifestar a través de la comunicación verbal, de ahí su importancia. Existen muchas formas de comunicación no verbal, aunque principalmente se pueden desarrollar a través del lenguaje corporal y las acciones. El lenguaje corporal incluye recursos como: gestos, miradas, postura, respiración, movimientos corporales, contacto, indumentaria, etc. Las acciones incluyen un significado que no tiene por qué ser expresado verbalmente. Por ejemplo, no estrechar intencionadamente la mano a una persona.
- Comunicación verbal: La verbalización de las palabras supone la manifestación de nuestros pensamientos, de ahí que la elección de lo que decimos y la forma en la que nos comuniquemos, adquiera importancia. De esta manera, encontramos diferentes formas de expresar las ideas a través de la palabra, es decir, existen dos tipos de comunicación verbal: el lenguaje oral y el lenguaje escrito.
- Sin embargo, como se ha mencionado anteriormente aunque pueda parecer una parte básica y fundamental del ser humano, muchos de ellos no pueden llevar a cabo una comunicación satisfactoria, ya sea como consecuencia de barreras que dificultan la comunicación o por trastornos sociales y orgánicos. Debido a su

importancia, a continuación se presentan los principales trastornos y las barreras que dificultan la comunicación verbal.

- ✓ Trastornos que dificultan la comunicación verbal: Dominio de la lengua (p. ej., nivel de instrucción, extranjeros, niños y ancianos). Trastornos de la verbalización (p. ej., afasia, disfasia, disartria y disfonía). Trastornos intelectuales (p. ej., retraso del desarrollo y demencia). Alteraciones constitucionales (p. ej., tartamudez constitucional y sordomudez). Alteraciones emocionales (p. ej., estrés). Trastornos psíquicos.
- ✓ Barreras que dificulta la comunicación verbal: Características sociales y personales: diferencia de edad, empatía e intereses comunes. Actitudes individuales en el proceso comunicativo: por ejemplo, una actitud defensiva. Forma en el que se pone en marcha el proceso comunicativo: es preferible comenzar con preguntas abiertas antes que con frases o afirmaciones cortas y contundentes. Impacto de la información en el paciente. Uso inadecuado de palabras. Errónea comprensión de la información. Tiempo insuficiente y desinterés en el proceso comunicativo. Presencia de interferencias externas (ruido e interrupciones) e internas (estado emocional, estrés, miedo y dolor). Falta de respeto al propio paciente. Manifiestar que la escucha no se está llevando a cabo.

La comunicación, por lo tanto, se trata de uno de los aspectos más importantes y a su vez, de los más complejos que tiene que abordar la enfermería comunitaria. Los profesionales tienen que estar dotados de conocimientos y de habilidades para hacer frente a la dimensión biopsicosocial del paciente facilitando el intercambio de emociones, sentimientos e ideas que posibiliten la detección precoz de alteraciones y la satisfacción de necesidades, en este caso de comunicación^(8,9). Como se ha observado anteriormente, la comunicación verbal presenta múltiples trastornos y barreras que dificultan su desarrollo, por ello, será objeto principal del trabajo.

Según la North American Nursing Diagnosis (NANDA) en la publicación Diagnósticos enfermeros 2012-2014⁽¹⁰⁾, queda reflejado que “Con el uso del diagnóstico enfermero se hace evidente que las enfermeras son diagnosticadoras. Anteriormente, el juicio clínico utilizado en la práctica clínica para decidir el foco de los cuidados enfermeros era invisible o no se nombraba”. Hoy en día, los profesionales tienen la posibilidad de utilizar la herramienta diagnóstica como parte de las competencias enfermeras para poder identificar precozmente los problemas de salud y llevar a cabo los mejores cuidados para el paciente en función de sus necesidades.

Lo que hoy en día es conocido como un diagnóstico de enfermería es el resultado de una serie de procesos, desarrollos, acuerdos, conferencias, estudios e investigaciones cuyo origen se remonta al mundo anglosajón, en concreto al comienzo de los años 70. Sin embargo, cuando comenzaron a presentarse las primeras conferencias y congresos, no eran visibles las dimensiones que alcanzarían. Hoy en día el interés por los

diagnósticos es a nivel internacional, lo que constituye una demostración del potencial y el alcance de los enfermeros⁽⁹⁾.

En la actualidad existen 216 diagnósticos de enfermería. Además, el crecimiento del conocimiento y aplicabilidad de la terminología NANDA, ha favorecido su traducción a nueve idiomas, utilizándose en más de 20 países del mundo.

En la IX Conferencia⁽¹¹⁾ de la NANDA, se presentó el concepto de Diagnóstico enfermero como: “Un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales, o a procesos vitales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras para alcanzar resultados de los cuales la enfermera es responsable”.

Se trata de un lenguaje reconocido propiamente enfermero, que permite disponer de una terminología específica y aplicable en la práctica clínica^(11,12,13).

Debido a la importancia de los diagnósticos en las competencias de enfermería y a la relevancia del tema seleccionado, en este trabajo se realizará el análisis de un diagnóstico en relación con el fallo en la comunicación verbal, el cual la NANDA Internacional lo ha definido como Deterioro de la Comunicación Verbal.

Antecedentes

La NANDA Internacional⁽¹⁰⁾ actualmente define el diagnóstico Deterioro de la Comunicación Verbal como “Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar y usar un sistema de símbolos”.

El diagnóstico ha ido evolucionando a lo largo del tiempo desde el año de su creación hasta ahora. Es importante hacer referencia a su evolución para poder analizar durante el desarrollo del trabajo si el diagnóstico ha mejorado en las revisiones, o por el contrario es mejorable.

Fue presentado en 1983 y desde entonces se han realizaron dos revisiones, una en el año 1996 y otra en el 1998 produciéndose cambios en la definición, en las características definitorias y en los factores relacionados.

A continuación se presenta la evolución cronológica en relación con las definiciones del diagnóstico.

- Evolución del diagnóstico Deterioro de la Comunicación Verbal: inicialmente, el diagnóstico fue presentado en 1983, incluyendo por primera vez la definición⁽¹⁴⁾: “Estado en que un individuo experimenta una disminución o ausencia de la capacidad para usar o comprender el lenguaje en la interacción humana”. Posteriormente, en 1996 se modificó el contenido de la definición del

diagnóstico y se ampliaron los factores relacionados y las características definitorias. De esta manera, presentamos la definición⁽¹⁵⁾:

“Estado en que la persona sufre una disminución, retraso o falta de capacidad para recibir, procesar, transmitir y usar un sistema de símbolos; cualquier cosa que tenga significado, es decir, que transmita un significado”

Finalmente, en 1998 se llevó a cabo la última revisión quedando el diagnóstico establecido y sin modificaciones desde entonces⁽¹⁰⁾:

- ✓ “Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y usar un sistema de símbolos”

A partir de ese momento, el diagnóstico Deterioro de la Comunicación Verbal no ha presentado variaciones.

- Epidemiología

Actualmente, existen un gran número de individuos que presentan alteraciones de la comunicación verbal. Para poder saber el alcance de la situación y el impacto que origina, se han consultado las últimas cifras estadísticas del Instituto Nacional de Estadística (INE)⁽¹⁶⁾. En 2008 el INE realizó una encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia. Su objetivo fue “Ofrecer información sobre los fenómenos de la discapacidad, la dependencia, el envejecimiento y el estado de salud de la población”.

Los datos que se muestran corresponden a los resultados nacionales de discapacidad, deficiencias y estados de salud, tomando como variables la población con discapacidad según el tipo de discapacidad por edad y sexo. Los resultados están expresados en cifras relativas, es decir, la tasa por 1000 habitantes a partir de los 6 años de edad en ambos sexos.

Los valores que se han elegido y los resultados obtenidos en función de la tasa de individuos afectados son:

- ✓ Audición: 25,21%
- ✓ Recibir cualquier sonido: 1,41%
- ✓ Audición de sonidos fuertes: 9,42%
- ✓ Escuchar al habla: 23,11%
- ✓ Comunicación: 17,46%
- ✓ Producir mensajes hablados: 9,73%
- ✓ Recibir mensajes hablados: 8,61%
- ✓ Comunicación de mensajes escritos: 10,83%
- ✓ Mantener una conversación: 9,70%.

Tras haber observado la gran incidencia de individuos afectados, es necesario analizar el impacto que origina para comprender la importancia y severidad de la situación.

- Impacto

El impacto que origina un Deterioro de la comunicación verbal en los individuos afectados abarca diferentes esferas, las cuales se interrelacionan unas con otras^(1,17).

- ✓ Impacto social y emocional: la comunicación con los demás satisface las necesidades sociales y aporta al individuo una sensación de seguridad y confianza. Sin embargo, una persona que presenta un fallo en la comunicación verbal puede tener disminuidas estas necesidades al no poder relacionarse de forma adecuada con el resto de la sociedad. Este hecho puede tener consecuencias como el aislamiento y los trastornos mentales, dando lugar situaciones de frustración, violencia y depresión, entre otros. De forma que existe un riesgo de compromiso social y emocional del individuo, en donde se puede ver involucrada la familia y el entorno.
- ✓ Impacto laboral: en relación con este ámbito, podemos hablar de dos circunstancias que afectan al individuo con deterioro de la comunicación verbal. Por una parte, puede presentar dificultades a la hora de establecer relaciones laborales. Por otra, la alteración puede impedir que se lleve a cabo el desarrollo laboral, en función del rol que desempeñe.
- ✓ Impacto económico: está directamente relacionado con el impacto laboral. Muchos de los pacientes con deterioro de la comunicación verbal necesitan recursos que no se pueden costear, aumentando las consecuencias sociales y emocionales.
- ✓ Impacto sanitario y asistencial: las enfermeras de AP a lo largo del tiempo han ido transformando sus competencias y su papel, adquiriendo mayor autonomía al realizar las actividades y satisfaciendo nuevas necesidades. De esta manera, observando los datos epidemiológicos del INE podemos deducir que los profesionales de enfermería tienen que ser capaces de abordar las alteraciones que presentan los individuos precozmente y de la forma más adecuada posible en relación con las elevadas tasas de incidencia⁽¹⁸⁾.

Por ello, en este trabajo se analizará específicamente el diagnóstico Deterioro de la comunicación verbal, incluyendo por su importancia, los criterios de resultado y las intervenciones del mismo.

Marco Teórico

A lo largo de los años han ido apareciendo diferentes modelos conceptuales y teorías de enfermería. Se considera necesario resaltar aquellas teorías que, según nuestro criterio, tengan relación con el trabajo que se presenta, ya que su base permanece vigente.

Las teorías en las que se basa el trabajo corresponden a Virginia Henderson y a Hildegard Peplau. Es decir, anexionamos la importancia de las necesidades con la interacción humana^(19,20).

En primer lugar, Virginia Henderson realizó una serie de aportaciones entre las que destacan las 14 necesidades humanas fundamentales, en las cuales se incluye la comunicación como necesidad fundamental de las personas, entre otras. Además consideraba que el entorno influía en el estado y desarrollo del organismo. La enfermera, según Virginia Henderson, tiene por objetivo cuidar a los individuos en función de las 14 necesidades básicas para conseguir la mayor independencia posible.

Por otra parte, Hildegard Peplau fue precursora de la enfermería psicodinámica. Centra su atención en las relaciones interpersonales y en la comprensión de la conducta como forma de ayudar a identificar dificultades y de esta manera, poder solucionarlas. Consideraba que la persona es un ser bio-psico-social-espiritual y que posee una capacidad de aprendizaje con el fin de solucionar nuevos problemas. Además es importante resaltar la mención que hace sobre el entorno, en donde explica cómo los valores y la cultura influyen en el individuo. Así, reconoce a la enfermería como un proceso interpersonal basado en la relación humana en donde la enfermera responde ante las necesidades que se presenten.

De esta manera, las teorías de ambas autoras no se reflejan propiamente en el trabajo sino que son la base sobre las que se fundamenta el estudio del mismo.

OBJETIVOS DEL TRABAJO

Los objetivos que se plantean son:

- Analizar el diagnóstico deterioro de la comunicación verbal.
- Describir de manera ordenada cada una de las partes del diagnóstico.
- Revisar cada uno de los componentes del diagnóstico, así como los criterios de resultado y las intervenciones de enfermería para poder presentarlas como acertadas o no.
- Proponer nuevas intervenciones y actividades enfermeras.
- Facilitar la ampliación del conocimiento de los profesionales de enfermería sobre el uso y aplicabilidad clínica del diagnóstico.

DESARROLLO DEL TRABAJO

Para realizar el análisis del diagnóstico y ampliarlo con propuestas de mejora, se ha trabajado con diversos libros, revistas y la base de datos ENFISPO de la Facultad de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid. También se han utilizado otros buscadores como ENCUESTRA que recoge múltiple bibliografía sobre la importancia de la comunicación. Además se han añadido datos objetivos obtenidos de organizaciones e instituciones como el INE (Instituto Nacional de Estadística), entre otros.

Actualmente, el diagnóstico denominado “Deterioro de la comunicación verbal” está incluido según la NANDA Internacional en el Dominio 5, Percepción/Cognición, y a su vez, perteneciente a la Clase 5, La comunicación. En esta clase, solo están aprobados en la actualidad dos diagnósticos enfermeros. El que se presenta en el trabajo y el diagnóstico denominado “Disposición para mejorar la comunicación”.

A continuación, para conseguir llevar a cabo los objetivos que se han propuesto en el trabajo, se realizará un análisis crítico del diagnóstico, observando para qué sirven los elementos que lo componen, si se adaptan y si son suficientes. Además, aunque el estudio está enfocado en el diagnóstico, se analizarán a su vez los criterios de resultado y las intervenciones con el fin de que los enfermeros sean capaces de aplicar los cuidados necesarios en las distintas circunstancias que llevan al diagnóstico, tomando como base para llevarlo a cabo las teorías de Virginia Henderson y Hildegard Peplau en relación a las necesidades básicas, en las que se incluye la comunicación, y la importancia de las relaciones interpersonales comprendiendo al ser humano como un ser bio-psico-social-espiritual, respectivamente^(19,20).

Además se aportan aquellos elementos que se consideren ausentes y ampliando el diagnóstico en todas sus dimensiones.

Análisis crítico del diagnóstico y de sus componentes estructurales

La NANDA Internacional presenta doce dominios diferentes, subdivididos en clases para agrupar los diagnósticos. De todos ellos, nos situamos especialmente en el dominio Percepción/Cognición, que es definido como un “sistema de procesamiento de la información humana que incluye atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación”.

El sistema de procesamiento de la información a través de la comunicación, está recogido en la Clase 5 y se refiere a la emisión y recepción de información tanto verbal como no verbal. En esta clase es donde se encuentra el diagnóstico Deterioro de la comunicación verbal.

Como todo diagnóstico, cuenta con la etiqueta y su respectiva definición, las causas o factores relacionados que llevan a la elección del diagnóstico, así como las

manifestaciones que presenta y por las cuales el paciente hace visible a los profesionales el problema o alteración de su salud.

- Etiqueta diagnóstica

En primer lugar, la etiqueta diagnóstica debe ser concreta y clara para transmitir el significado del diagnóstico. Así, la definición de la misma es algo más amplia para completar su significado. De manera que comparando la definición de dos diagnósticos diferentes, éstos deben reflejar claridad en la comprensión para poder elegir entre uno u otro, así como para poder establecer un diagnóstico diferencial⁽¹⁾.

Junto al texto de la etiqueta, aparece el número (00051), que hace referencia al código del diagnóstico en sí. Más adelante, se observan tres fechas entre paréntesis (1983, 1996, 1998). Gracias a ello, podemos apreciar a simple vista, el año de creación del diagnóstico (1983) y dos revisiones posteriores, quedando el diagnóstico establecido y sin modificaciones desde el año 1998 hasta la actualidad.

La etiqueta diagnóstica que observamos, se presenta de la siguiente manera según la NANDA internacional: “Deterioro de la comunicación verbal (00051) (1983, 1996, 1998)”,

Sin embargo, a pesar de que la etiqueta no se ha sometido a modificaciones, la definición del diagnóstico ha ido cambiando. Por ello, lo interesante es observar si las definiciones en las revisiones han ido mejorando o no. Las dos definiciones previas a la actual en orden de aparición son:

- ✓ “Estado en que un individuo experimenta una disminución o ausencia de la capacidad para usar o comprender el lenguaje en la interacción humana”.
- ✓ “Estado en que la persona sufre una disminución, retraso o falta de capacidad para recibir, procesar, transmitir y usar un sistema de símbolos; cualquier cosa que tenga significado, es decir, que transmita un significado”

Finalmente, la definición actual que se presenta es: “disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos”. De esta manera, podemos observar como la definición ha ido concretando su significado tras las revisiones y adaptándose al enunciado de la etiqueta: Deterioro de la comunicación verbal.

Sin embargo, a continuación se realiza un análisis de la etiqueta y de la definición actual del diagnóstico para observar hasta qué punto se ha producido la mejora. En primer lugar, la definición desglosa el significado de deteriorado con los términos disminución, retraso o carencia; y presenta la definición de comunicación verbal como la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o

usar un sistema de símbolos. Si analizamos la segunda parte de la definición, entendemos que deterioro se relaciona directamente con la utilización de un sistema de símbolos. Sin embargo, tras consultar la definición teórica de símbolo en diferentes fuentes bibliográficas, se obtienen principalmente los siguientes resultados:

- ✓ Según la RAE, símbolo es: “Representación sensorialmente perceptible de una realidad, en virtud de rasgos que se asocian con esta por una convención socialmente aceptada”.
- ✓ Según el buscador Encuentra, símbolo es: “Objeto o signo que representa una idea o una cualidad por asociación, semejanza o convención”.

Por lo tanto, si un sistema de símbolos es la utilización de representaciones sensoriales perceptibles de la realidad en referencia a la comunicación, el sistema de símbolos puede ser tanto verbal como no verbal, siempre y cuando se represente o se asocie una idea.

Cuando en la comunicación el sistema de símbolos que se utiliza es a través de la palabra, se denomina comunicación verbal. Por el contrario, cuando se emplean gestos, actitudes o expresiones, hablamos de la comunicación no verbal. Es decir, el sistema de símbolos en comunicación viene dado por el código que se emplee⁽⁵⁾.

Por lo tanto, si volvemos a presentar la definición de la etiqueta diagnóstica Deterioro de la comunicación verbal dada por la NANDA Internacional como “disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos” podemos observar que la definición por sí sola no hace referencia de manera exclusiva a la comunicación verbal, dado que como se ha comprobado un sistema de símbolos va mucho más allá de la palabra, hecho por el cual se incita a la reflexión sobre la definición de la etiqueta diagnóstica.

- Factores relacionados

Posteriormente, como componentes del diagnóstico enfermero, se incluyen los factores relacionados. Estos son las causas por las que el individuo presenta un problema o cambio en su estado de salud, en este caso, las causas por las que el paciente presenta un deterioro de la comunicación verbal⁽¹⁾.

Sin embargo, los factores relacionados al igual que la definición del diagnóstico no se han mantenido estáticos a lo largo del tiempo, sino que se han ido ampliando. Por ello, para poder comprender el conjunto de factores relacionados que presenta la NANDA Internacional hoy en día observamos y analizamos su evolución.

De forma inicial, se presentaron los siguientes factores relacionados: disminución de la circulación cerebral; barrera física (tumor cerebral, traqueotomía, intubación); defecto anatómico; fisura palatina; barreras psicológicas (psicosis, falta de estímulos); diferencias culturales, del desarrollo o relacionadas con la edad⁽¹⁴⁾.

Más adelante, al realizarse la primera revisión del diagnóstico, se produjo la siguiente ampliación: negativa voluntaria a hablar; desorientación en el tiempo, el espacio o las personas; falta de contacto ocular o dificultad para prestar atención selectivamente; dificultad para comprender y mantener el patrón de comunicación habitual; déficit visual total o parcial; incapacidad o dificultad para usar las expresiones faciales o corporales⁽¹⁵⁾.

Tras la última revisión, los factores relacionados se han mantenido inalterados. De esta manera, hoy en día la NANDA International 2012-2014⁽¹⁰⁾ para el diagnóstico Deterioro de la comunicación verbal presenta los siguientes

Factores relacionados

- ✓ Falta de personas significativas.
- ✓ Alteración del autoconcepto.
- ✓ Alteración del sistema nervioso central.
- ✓ Alteración de las percepciones.
- ✓ Defecto anatómico.
- ✓ Tumor cerebral.
- ✓ Baja autoestima crónica.
- ✓ Diferencias culturales.
- ✓ Disminución de la circulación cerebral.
- ✓ Diferencias relacionadas con la edad de
- ✓ Desarrollo.
- ✓ Condiciones emocionales.
- ✓ Barreras ambientales.
- ✓ Falta de información.
- ✓ Barreras físicas.
- ✓ Condiciones fisiológicas.
- ✓ Barreras psicológicas.
- ✓ Baja autoestima situacional.
- ✓ Estrés.
- ✓ Efectos secundarios del tratamiento.
- ✓ Debilitamiento del sistema músculo-esquelético.

Una vez que se han observado los factores relacionados que se incluyen en la NANDA Internacional, procedemos con el análisis de las causas que pueden originar un fallo en la comunicación verbal para comprender el criterio de inclusión de la NANDA y observar si se adecúa al diagnóstico. Para ello, se comentarán una serie de aspectos.

Para que el proceso comunicativo sea eficaz es necesario que cuente como característica principal el intercambio mutuo de información, en el que participan tanto el feedback como la escucha activa, entendiendo información no solo como la transmisión de un mensaje, sino de percepciones, sentimientos, ideas y emociones. Gracias a ello, el individuo puede manifestar y expresar sus necesidades obteniendo una sensación de seguridad. Por contra, una comunicación que no sea eficaz traerá consigo una serie de sentimientos y consecuencias negativas que los enfermeros deben tener en cuenta⁽¹⁾.

Así, podemos ver cómo la comunicación se trata de una necesidad básica fundamental y cómo las enfermeras a través de las relaciones humanas pueden ayudar a los pacientes en los que se identifica el diagnóstico Deterioro de la Comunicación Verbal, a satisfacer dichas necesidades, tal y como sostiene Henderson y Peplau en sus teorías^(19,20).

De esta manera, el proceso de intercambio de información se puede obstaculizar por muchos factores, los cuales podrían verse implicados e incluidos en numerosas y diferentes clasificaciones. Sin embargo, existen principalmente y de manera general dos factores que impiden que el proceso comunicativo se desarrolle de forma eficaz: problemas o alteraciones en la emisión y en la recepción de información, por lo que se analizarán seguidamente⁽¹⁾.

Problemas en la emisión y recepción de información

- Problemas en la emisión de información

La acción de emisión de información a través del lenguaje es un proceso en el que participan múltiples estructuras orgánicas y en donde podemos encontrar una base a nivel neurológico

Por ello, en primer lugar, se hará referencia al pensamiento, el cual consiste en la capacidad para generar ideas de manera que lleve a la adecuada resolución de problemas en donde participan funciones como la atención, la memoria y la percepción. Por consiguiente, el lenguaje es la capacidad de generar palabras que se relacionan con determinadas ideas a través de la expresión motora⁽²¹⁾.

De esta manera, podemos reconocer dos tipos de lenguaje, el lenguaje expresivo y el lenguaje comprensivo. En el proceso de emisión de un mensaje, participaría el lenguaje expresivo, aunque en el proceso comunicativo ambos interactúan. Las etapas que configuran el lenguaje expresivo son tres: la etapa intelectual (presencia de ideas), la etapa mnésica (evocar las palabras que se reconocen con esa idea) y la etapa motora (generar las palabras)⁽²²⁾.

Así, podemos afirmar que el habla es un proceso complejo en donde aparte de requerirse funciones motoras específicas, también se necesitan conocimientos

sobre el vocabulario de las palabras, la expresión de sonidos en un determinado orden o incluso la regulación del aire en la boca y la faringe. Debido a ello, podemos entender que las estructuras cerebrales involucradas en el lenguaje y en su comprensión son extensas.

En la mayoría de las personas el habla se encuentra localizada en el hemisferio izquierdo. Sin embargo, específicamente existen dos áreas o dos regiones cerebrales que son las responsables del habla, en concreto de las funciones verbales y lingüísticas. Estas dos áreas reciben el nombre de sus respectivos investigadores, Pierre Paul Broca y Carl Wernicke, es decir, lo que se denomina el área de Broca y el área de Wernicke. El área de Broca participa en la producción del lenguaje hablado, mientras que el área de Wernicke es responsable de la comprensión del mensaje emitido por otro individuo y del control de la emisión del lenguaje. Ambas regiones se encuentran conectadas por unas fibras denominadas como fascículo arcuato. De esta manera, los impulsos nerviosos del habla se originan en el área de Wernicke, de forma que al alcanzar el área de Broca se transmite la secuencia de órdenes para poner en marcha los actos motores que manifiestan la expresión del lenguaje. Si alguna de estas dos áreas o de las fibras que las interconectan se encuentra lesionada, dará como resultado la presencia de afasias, cuyas consecuencias están directamente asociadas con interferencias o con el impedimento de la comunicación verbal de forma eficaz⁽²³⁾.

Por lo tanto, cualquier alteración de las estructuras tanto nerviosas como motoras, que estén involucradas en la emisión del lenguaje y que impliquen una disminución, retraso o carencia en la capacidad recibir, procesar, transmitir y usar un sistema de símbolos, sería de valorar por el profesional de enfermería en relación con el diagnóstico Deterioro de la Comunicación Verbal.

Sin embargo, los problemas o alteraciones relacionados con la emisión de la información no siempre tienen una base de carácter neurológico o estructural, sino que otras veces lo que prevalece es el factor social o psicológico, responsable de que aunque exista un pensamiento que pueda ponerse de manifiesto a través del lenguaje, no se lleve a cabo por razones diferentes.

Las preocupaciones de carácter social y emocional pueden hacer que dicho mensaje nunca llegue a producirse. Este es el caso de aquellos individuos con temor y preocupación a ser juzgados por lo que se dice o ante la reacción o respuesta que ocasionen en el receptor tras su intervención. Como por ejemplo, las personas en las que prevalece este tipo de pensamiento “no debo decir nada porque no quiero que se enfade conmigo”⁽¹⁾.

Otro gran problema que impide que se desarrolle de manera satisfactoria la comunicación verbal en relación con la emisión del mensaje, son los aspectos que están directamente relacionados con el proceso comunicativo y que

representan grandes barreras de la comunicación. Algunos de estos aspectos son por ejemplo: la imposibilidad de la transmisión de la información por problemas idiomáticos o del vocabulario de la lengua, no respetar los turnos de emisión o de recepción de información sin propiciar la escucha activa o incluso, la presencia de ruidos ambientales, la mala pronunciación, la utilización de palabras inadecuadas o con alto contenido emocional elaborado a partir de una entonación inapropiada^(1,5).

Todos estos aspectos, aunque se traten de factores de etiología psicológica y social, también deberán ser valorados por las enfermeras, que estudiarán si el paciente presenta los motivos y las manifestaciones suficientes como para poner en práctica el diagnóstico Deterioro de la comunicación verbal.

- Problemas en la recepción de información

El receptor que participa en un proceso comunicativo recibe la información y el mensaje que el interlocutor emite verbalmente a través de los órganos de los sentidos. En el proceso de recepción de información participan, por lo tanto, los sistemas sensoriales, así como las estructuras neurológicas para su posterior procesamiento⁽²⁴⁾.

Como se anunció anteriormente, en el proceso comunicativo podemos observar dos tipos de lenguaje, el expresivo y el comprensivo. Al igual que en la emisión de información el lenguaje predominante es el expresivo, en este caso, en el proceso de recepción de información, el lenguaje que destaca es el comprensivo. Este último cuenta con tres etapas diferentes: la etapa sensorial (las palabras se reciben a través del oído), la etapa mnésica (consiste en el reconocimiento de las palabras) y la etapa intelectual (interpretación de las palabras)^(22,23).

Todos los individuos estamos recibiendo constantemente información que procede del exterior. Sin embargo, para que dicha información pueda ser comprendida e interpretada debe llegar a las estructuras neurológicas en forma de impulsos nerviosos. Para ello contamos con los órganos de los sentidos, en donde se ubican los denominados receptores sensoriales. Éstos son los encargados de transformar en impulsos nerviosos la información procedente del medio externo que cuenta con propiedades físicas y químicas específicas⁽²⁴⁾. En la recepción de información verbal el órgano al que se le atribuye la función de recogida y transformación del mensaje es el oído y las estructuras con lo configuran. Se trata del órgano responsable de la audición y del equilibrio⁽²⁵⁾.

El sistema auditivo está formado por el sistema auditivo periférico (oído, nervio auditivo y neuronas del ganglio espiral) y por el sistema auditivo central (vías nerviosas y corteza auditiva). Además, anatómicamente, el oído está configurado por tres partes: el oído externo, el oído medio y el oído interno. Así, la información llega al receptor en forma de sonido, el cual está constituido por

vibraciones de la presión del aire que se irradia a través de ondas. Dichas vibraciones son captadas por las estructuras auditivas periféricas, de manera que se transmiten de unos compartimentos a otros hasta llegar al oído interno, en donde se encuentran las denominadas células de Corti, que son las responsables de transformar el estímulo en impulsos nerviosos. De manera que, si una persona carece de células de Corti o son destruidas por medicamentos ototóxicos, el individuo será sordo. Así, las señales nerviosas circulan a través de las fibras hasta llegar a la corteza auditiva primaria, localizada en la cara superior de la cisura de Silvio y encargada por lo tanto del procesamiento e interpretación de la información. El hemisferio izquierdo es el área de la corteza que se encarga de la audición con una mayor intensidad que el hemisferio derecho, además se encuentra relacionada con el área de Wernicke, que como se ha afirmado anteriormente se trata del área que participa de manera específica en el lenguaje^(23,24,25).

De esta manera, cualquier alteración involucrada en el sistema sensorial auditivo y en el sistema neurológico de procesamiento de información, así como posibles defectos o interferencias en las vías nerviosas que transmiten los impulsos nerviosos, han de ser valorados por el personal de enfermería ante la posibilidad de registrar el diagnóstico Deterioro de la comunicación verbal. Es importante saber cuál es la causa y el origen de la alteración debido a que en función de ello se pondrán en marcha las intervenciones y actividades consecutivas.

Sin embargo, se pueden presentar otras causas de diferente etiología que procipien un fallo en la recepción de información.

Los problemas idiomáticos de nuevo resultan un problema en la recepción del mensaje. Si el código de los individuos partícipes del proceso comunicativo no es el mismo o se desconoce el vocabulario que se utiliza, la comunicación no resulta eficaz⁽¹⁾.

Además, se puede dar la circunstancia de que las estructuras orgánicas se encuentren en buen funcionamiento, pero que por causa de otros factores el mensaje no llegue a recibirse adecuadamente. Este es el caso de pacientes que presentan durante el proceso comunicativo una situación de dolor, ansiedad, distracciones, etc. Es decir, son factores que principalmente se relacionan con el nivel de atención y el nivel de conciencia. Esto es así porque de manera general para poder recibir los estímulos del exterior se necesita presentar un estado de vigilia atenta. De esta manera, aquellos factores o circunstancias que disminuyan el estado de conciencia o de atención serán responsables de que el proceso de comunicación verbal no se lleva a cabo de manera satisfactoria.

Por ello, los enfermeros de AP deberán tener en cuenta, además de la presencia o no de alteraciones orgánicas, el idioma o código que utiliza el individuo y los diferentes factores que le lleven a presentar una alteración del nivel de

conciencia. Ésta última nos aporta la capacidad para recibir estímulos, y dependiendo del estado de conciencia en el que se encuentre el individuo, podrá recibir información externa e interna de manera adecuada, con dificultad o incluso no llegar a recibirlos. Por ejemplo, una persona cuyo estado de conciencia sea calificado de desorientado, confuso o somnoliento, la recepción y respuesta ante determinados estímulos será inadecuada. Por ello, el estado de conciencia ideal para que el individuo pueda estar orientado y comprender tanto las palabras verbales como las escritas, es el estado de alerta⁽²⁴⁾. De esta manera, el profesional de enfermería deberá analizar el estado de conciencia en el que se encuentre en el individuo para poder valorar el diagnóstico Deterioro de la comunicación verbal.

Una vez analizadas las posibles causas de los problemas de emisión y de recepción del mensaje, podemos entender los factores relacionados que presenta la NANDA International 2012-2014 para el diagnóstico Deterioro de la comunicación verbal.

Sin embargo, los problemas o factores que pueden originar un deterioro de la comunicación verbal, en muchas de las ocasiones son consecuencia de la edad del individuo y su desarrollo. La NANDA International presenta uno de los factores relacionados del diagnóstico Diferencias relacionadas con la edad de desarrollo. Por lo tanto, al poder ser este factor causa del diagnóstico se presenta un apartado para poder analizarlo de manera aislada.

Consideraciones especiales en relación con la edad

- Consideraciones en pediatría

El lenguaje oral en los niños supone un factor muy importante a tener en cuenta por los profesionales de la salud. Así, como afirma Pérez Pedraza P y Salmerón López T en su publicación Desarrollo de la comunicación y del lenguaje: indicadores de preocupación⁽²⁶⁾, “con él se estructura, inventa y recrea el pensamiento; regula las relaciones interpersonales, la propia conducta del sujeto y permeabiliza al niño en el medio sociocultural en el que está inmerso”. Estas consideraciones se tendrán en cuenta de manera específica en el rango de edad de 0 a 6 años, ya que en este transcurso de tiempo es cuando se forman las bases del lenguaje y por lo tanto de la comunicación.

En primer lugar, ha de tenerse en cuenta que la formación del lenguaje se relaciona con la maduración del desarrollo neurológico, motor y psicológico. De esta manera, el niño va aprendiendo de qué forma se dicen las palabras, cuál es su contenido y para qué se usan. Es decir, poco a poco, en función de su edad, va dominando los diferentes componentes del sistema lingüístico en términos de comprensión y expresión. Estos componentes son la fonética y fonología, la morfosintáctica, la semántica y la pragmática [Anexo I, tabla 1]. Así, en función de la edad se observan unas manifestaciones u otras, las cuales han de ser

valoradas por los profesionales de enfermería, ya que son indicativas de que el desarrollo del lenguaje se ejecuta de forma correcta, sin olvidar la individualidad y las variaciones de cada individuo [Anexo I, tabla 2].

De esta manera, en la consulta de enfermería de AP los enfermeros deben establecer una relación terapéutica con los padres⁽¹⁾. Sin embargo, ya que el objeto de valoración es el niño la atención debe ser dirigida a él en concreto y a las manifestaciones que presenta, así como a las referidas por los tutores en su vida cotidiana. Por ello, a continuación se exponen una serie de indicadores, es decir, signos de alarma que reflejan una alteración en la comunicación y en el lenguaje. Estos indicadores, también denominados Indicadores de preocupación, fueron expuestos en el año 2006 por Pérez Pedraza P y Salmerón López T en su publicación Desarrollo de la comunicación y del lenguaje: indicadores de preocupación⁽²⁶⁾, siendo estos:

- ✓ Desinterés en la comunicación, en el lenguaje y en la voz.
- ✓ Posibilidad de duda ante su nivel de comprensión.
- ✓ Resfriado común e infecciones auditivas de repetición en el primer año de vida, de manera que entre los 18 y 24 meses los tutores ponen de manifiesto la ausencia del habla o habla escasa.
- ✓ Prolongación de la jerga infantil más allá de los tres años.
- ✓ Repeticiones de sílabas en el inicio y en el medio de la palabra, acompañamiento en el lenguaje de sudoración, nerviosismo, mecanismo de compensación (gestos y guiños) y evitación de la palabra.
- ✓ Antecedentes de tartamudez.
- ✓ Errores de pronunciación pasados los tres años de edad.
- ✓ Presencia de vocabulario pobre en niños con falta de atención familiar y medio externo empobrecido.

Por lo tanto, es de gran importancia escuchar al niño y analizar qué dice, qué no dice, cómo se expresa y qué entiende, ya que la gravedad realmente reside en la ausencia de deseo comunicativo.

- Consideraciones en geriatría

Hoy en día la población en nuestro país experimenta un proceso de cambio en el envejecimiento. Si analizamos la pirámide poblacional podemos observar en la cúspide a un gran número de personas mayores. Actualmente más del 17% de personas tiene más de 64 años, y se estima que en el año 2050 llegue al 32%. Se trata de un cambio poblacional consecuencia del aumento de la esperanza de vida y disminución de la mortalidad^(27,28).

Sin embargo, con el aumento de la población envejecida también se incrementan los problemas de salud relacionados con la edad, resultando ser el déficit auditivo uno de los problemas más frecuentes. Este hecho trae como

consecuencia la alteración de los individuos en relación a las capacidades comunicativas, disminuyendo su calidad de vida⁽²⁹⁾.

En los ancianos se producen modificaciones morfofuncionales, que forman parte del proceso de envejecimiento. Estas modificaciones traen consigo un déficit auditivo que en la mayoría de las ocasiones es diagnosticado como presbiacusia. Como consecuencia, los problemas de comunicación incrementan en la población afectada por este fenómeno, dando lugar al aislamiento social y derivando a situaciones de depresión, dependencia y deterioro cognitivo⁽¹⁾. Por lo tanto, se relaciona con el diagnóstico Deterioro de la comunicación verbal, resultando un punto de gran importancia que debe ser valorado.

En el año 2007 se publicó en la revista Atención Primaria⁽³⁰⁾ el estudio Propuesta de cribado de la presbiacusia en una consulta de atención primaria, realizado por Proupín Vázquez N y col. El objetivo fue manifestar los valores de la presbiacusia en individuos mayores de 60 años que acudían a la consulta de AP por otros problemas diferentes. En este trabajo se propone utilizar las preguntas tipo test presentadas en el estudio [Anexo I, tabla 3 y 4] en la consulta de enfermería de AP como parte de la valoración asistencial de las personas ancianas, de manera que resulte un método rápido y eficaz para identificar el déficit auditivo y el impacto psico-social del mismo.

De esta manera, una vez analizadas las causas relacionadas con el diagnóstico Deterioro de la comunicación verbal podemos afirmar que los factores relacionados que presenta la NANDA Internacional y sus ampliaciones con respecto a las revisiones que se han realizado, son suficientes y se adaptan de manera adecuada al diagnóstico.

Sin embargo, dado que los diagnósticos de enfermería, derivan de una valoración previa en la que se exponen las manifestaciones clínicas que presenta el individuo, se comentan una serie de aspectos para poder llevar a cabo los objetivos⁽¹⁾.

Valoración y manifestaciones clínicas

La obtención de datos se realiza a través de la valoración enfermera. Se trata de una acción intencionada con un propósito (la obtención de datos del paciente) para poder determinar una alteración en el estado de salud (o mejorar ese estado) y poner en marcha las actividades necesarias para resolverlo.

El profesional de enfermería cuenta con esta herramienta para conocer aquellos datos que proporcionan información y que ayudan a la identificación de alteraciones o situaciones de riesgo. Además, también ofrece la posibilidad a los enfermeros de conocer al individuo y su entorno.

Para ello cuenta con los diferentes sistemas que forman parte de la valoración, como: la historia clínica, la entrevista, la observación, la exploración física, la exploración

del estado mental, el análisis del entorno del paciente y de la red de apoyo social. Gracias a ello el enfermero puede llegar a la identificación del diagnóstico. Sin embargo, será necesario que ponga en práctica una comunicación eficaz, la observación sistémica y la correcta interpretación de los datos^(1,31).

Para el diagnóstico Deterioro de la comunicación verbal se deben tener en cuenta los datos subjetivos y los datos objetivos del paciente. Los primeros están relacionados con la percepción que tiene el individuo sobre su estado de salud, mientras que los segundos, es decir, los datos objetivos, son aquellos con los que el profesional puede presentar evidencias de la alteración o problema.

La identificación de los datos objetivos y de los datos subjetivos consiste en el proceso por el cual se presentan las características definitorias o las manifestaciones clínicas. Éstas se caracterizan por la concreción y su identificación se lleva a cabo principalmente a través de la observación⁽¹³⁾.

Las características definitorias, al igual que los factores relacionados, se han ido ampliando en las revisiones a las que se ha sometido el diagnóstico.

Las primeras manifestaciones clínicas que presentó la NANDA fueron: incapacidad para hablar el lenguaje dominante; dificultad para hablar o verbalizar; negativa o incapacidad para hablar; tartamudeo; pronunciación confusa; dificultad para formar palabras o frases; dificultad para expresar verbalmente los pensamientos; verbalización inapropiada; disnea; desorientación.

En la revisión de 1996 se ampliaron las características definitorias incluyendo las siguientes: negativa voluntaria a hablar; desorientación en el tiempo, el espacio o las personas; falta de contacto ocular o dificultad para prestar atención selectivamente; dificultad para comprender y mantener el patrón de comunicación habitual; déficit visual total o parcial; incapacidad o dificultad para usar las expresiones faciales o corporales.

De esta forma, hoy en día, según la NANDA Internacional 2012-2014⁽¹⁰⁾, las manifestaciones clínicas que se establecen para el diagnóstico Deterioro de la comunicación verbal son:

- Falta de contacto ocular.
- No poder hablar.
- Dificultad para poder expresar los pensamientos verbalmente (p.ej. afasia, disfasia, apraxia, dislexia).
- Dificultad para formar frases.
- Dificultad para formar palabras (p.ej., afonía, dislalia, disartria).
- Dificultad para comprender el patrón de comunicación habitual.
- Dificultad para mantener el patrón de comunicación habitual.
- Dificultad para prestar atención selectiva.
- Dificultad para usar las expresiones corporales.

- Dificultad para usar las expresiones faciales.
- Desorientación de personas.
- Desorientación en el espacio.
- Desorientación en el tiempo.
- No hablar.
- Disnea.
- Incapacidad para hablar el idioma del cuidador.
- Incapacidad para usar las expresiones corporales.
- Incapacidad para usar las expresiones faciales.
- Verbalización inapropiada.
- Déficit visual parcial.
- Pronunciación poco clara.
- Mala articulación.
- Tartamudeo.
- Déficit visual total.
- Verbalizar con dificultad.
- Negativa voluntaria a hablar.

Después de observar la evolución de las características definitorias de la NANDA podemos comprender como se han ido ampliando, llegando a ser suficientes y adecuadas para el diagnóstico Deterioro de la comunicación verbal.

Debido a la importancia que tiene la correcta identificación de las características definitorias, en este trabajo se resalta la importancia de realizar una correcta valoración a partir del análisis de las capacidades y respuestas del individuo. Además, se proponen una serie de preguntas para que se pueda facilitar a los enfermeros el proceso de valoración y análisis. Esta propuesta, aunque ha sido ligeramente modificada, está basada en fuentes bibliográficas⁽¹⁾. [Anexo I, tabla 4] en donde se presenta a través de una tabla las preguntas y los elementos susceptibles de analizar. El propósito es que resulte sencilla y que no presente la necesidad de invertir grandes recursos económicos.

Diagnóstico diferencial

Para que el profesional de enfermería llegue a la identificación y elija el diagnóstico correctamente en función de las necesidades y alteraciones del individuo, es necesario que lo diferencie de otros diagnósticos similares, es decir, tiene que hacer un proceso de diagnóstico diferencial, y para ello se abastece de la etiqueta diagnóstica y de su respectiva definición⁽¹³⁾.

En este caso, para el diagnóstico Deterioro de la comunicación verbal, se ha realizado un análisis de las etiquetas y definiciones de los diagnósticos que presenta la NANDA Internacional, intentando encontrar aquella que pudiera derivar a error y a confusión por similitud o falta de concreción.

El único diagnóstico, junto con Deterioro de la comunicación verbal, presente en el Dominio 5: Percepción/Cognición y en la Clase 5:

Comunicación, es el diagnóstico que tiene por etiqueta según la NANDA Internacional Disposición para mejorar la comunicación (00157) y definido como “Patrón de intercambio de información e ideas con otros que es suficiente para satisfacer las necesidades y objetivos vitales de la persona que puede ser reforzado”.

Sin embargo, como se puede observar, los diagnósticos Deterioro de la comunicación verbal y Disposición para mejorar la comunicación no son similares. Además, en Disposición para mejorar la comunicación no tiene que estar implicada una alteración, sino que se trata de un estado que presenta o no el individuo. De esta forma, el diagnóstico no lleva a duda o a error, por lo que no hay un diagnóstico diferencial con respecto al presentado en el trabajo.

Sin embargo, se presenta un análisis comparativo de los dos diagnósticos para poner de manifiesto sus diferencias y similitudes.

- Al igual que el diagnóstico que se presenta en el trabajo, éste se incluye en el Dominio 5: Percepción/Cognición, y en la Clase 5: Comunicación.
- La fecha de creación del mismo fue 19 años más tarde, en el 2002, y a diferencia del diagnóstico Deterioro de la comunicación verbal no ha sufrido revisiones desde entonces, quedando establecido, de esta manera, en la NANDA Internacional. Por lo tanto, si nos fijamos en su etiqueta, no observamos entre paréntesis las fechas indicativas de revisiones diagnósticas, únicamente el código que presenta, siendo éste (00157).
- Si analizamos los ejes, comparando ambos diagnósticos, Deterioro de la comunicación verbal y Disposición para mejorar la comunicación, nos encontramos con una serie de elementos:
 - ✓ En primer lugar, hacemos referencia al Eje 1, es decir, al núcleo diagnóstico. Éste constituye la parte principal que describe, según la NANDA Internacional, “la respuesta humana o experiencia que constituye el corazón del diagnóstico”. El núcleo diagnóstico puede estar formado por una o por varias palabras. De esta manera, observamos que en el diagnóstico Deterioro de la comunicación verbal, el núcleo diagnóstico es comunicación verbal, mientras que en el diagnóstico Disposición para mejorar la comunicación, es únicamente comunicación. En el primero, el núcleo diagnóstico, aparte de estar formado por dos palabras en vez de únicamente por una, hace referencia a la comunicación que se lleva a cabo a través de la palabra y el lenguaje escrito. Sin embargo, en el diagnóstico Disposición para mejorar la comunicación, abarca todo el espectro de elementos y formas que engloba la comunicación.

- ✓ A continuación, observamos otra diferencia en cuanto al juicio del diagnóstico, presentado según la NANDA Internacional, en el Eje 3. Éste se refiere al descriptor que especifica el significado del núcleo diagnóstico. Como se ha podido comprobar a lo largo del desarrollo y del análisis de la etiqueta diagnóstica, el juicio del diagnóstico que se presenta en el trabajo es Deteriorado, adjetivo que hace referencia al hecho de que un elemento está dañado o debilitado. Sin embargo, en el diagnóstico Disposición para mejorar la comunicación, el juicio diagnóstico es Disposición para, siendo este un estado del individuo para realizar una determinada actividad. Por lo tanto, a simple vista, podemos observar, analizando únicamente el juicio, que en el diagnóstico Deterioro de la comunicación verbal existe un elemento que sufre una alteración. Por lo contrario, si observamos el juicio del diagnóstico Disposición para mejorar la comunicación, no se percibe una alteración en el estado de salud del individuo, sino una actitud que adopta el paciente para mejorar la misma.
- ✓ Esto nos hace acudir al concepto de estado del diagnóstico. Existen diferentes estados de los diagnósticos, siendo estos: diagnóstico real, diagnóstico de riesgo, diagnóstico de promoción de la salud y diagnóstico de síndrome. De esta forma, el diagnóstico que tiene por etiqueta Deterioro de la comunicación verbal, se trata de un estado de diagnóstico real, es decir, es una alteración que se observa en el momento de la valoración y que está presente. Sin embargo, el diagnóstico Disposición para mejorar la comunicación, es un diagnóstico de promoción de la salud, es decir, la actitud que presenta el individuo para mejorar su estado de bienestar.
- ✓ Además, el diagnóstico Disposición para mejorar la comunicación no presenta factores relacionados, ya que no existen causas que originen una alteración o problema. Por el contrario, en el diagnóstico Deterioro de la comunicación verbal, existen una serie de factores relacionados, ya que existen causas que pueden originar la alteración.
- ✓ Con respecto al Eje 2, al Eje 4, al Eje 5 y al Eje 6, los cuales se refieren al sujeto del diagnóstico, a la localización, a la edad y al tiempo respectivamente, no se analizan de manera independiente ya que se trata de elementos que dependen del sujeto y del momento en cuestión en el que se realiza la valoración.

Así, se pone de manifiesto que no procede hacer un diagnóstico diferencial porque ambos son independientes e inconfundibles.

Criterios de resultado

Una vez presentado el análisis y la definición de la etiqueta del diagnóstico, las causas o factores relacionados, la valoración para llegar al establecimiento del mismo y

las manifestaciones clínicas que se observan se describen los criterios de resultado.

Como se mencionó anteriormente, aunque el estudio del trabajo esté enfocado al diagnóstico, se presta interés a los criterios de resultado y a sus indicadores, con el fin de aportar más datos y ampliaciones de manera que el objetivo final, los cuidados, sean los adecuados.

La clasificación de los resultados de enfermería, denominada Nursing Outcomes Classification o NOC⁽³²⁾, se trata de una terminología estandarizada que forma parte del lenguaje común enfermero.

La finalidad de los criterios de resultado es reflejar un estado, conducta o percepción medibles y variables a lo largo de un tiempo determinado, perteneciente a un individuo, familia o comunidad. De esta manera, permite establecer una puntuación sobre una escala antes de realizar las intervenciones enfermeras y tras la realización de las mismas, posibilitando la evaluación de su efectividad. Así, cada criterio de resultado presenta una definición del mismo, una escala de medida y una serie de indicadores asociados al resultado específicamente.

Los indicadores reflejan un estado, conducta o percepción que posibilitan la medición del resultado. Por ejemplo, en el caso del criterio de resultado Cognición que corresponde al diagnóstico Deterioro de la comunicación verbal, si lo analizamos minuciosamente podemos observar que el término es indicativo de un estado que presenta el paciente. Sin embargo, para poder medir dicho estado son necesarios una serie de parámetros, denominados en este caso indicadores de resultado. Uno de los indicadores correspondientes al criterio de resultado Cognición es Utiliza el lenguaje escrito. De tal forma que el indicador es medible en base a una escala, antes de llevar a cabo las intervenciones y después de realizar las mismas.

La escala utilizada, es la escala Likert⁽³³⁾. Ésta presenta unos parámetros evaluables del 1 al 5, correspondiendo el 1 al menos favorecido y el 5 al más favorecido. Los parámetros pueden variar su significado en función del resultado y el indicador que se haya establecido. En el caso de todos los indicadores propuestos en el diagnóstico Deterioro de la comunicación verbal, la escala Likert se presenta de la siguiente manera.

- 1: Gravemente comprometido.
- 2: Sustancialmente comprometido.
- 3: Moderadamente comprometido.
- 4: Levemente comprometido.
- 5: No comprometido.

El resultado de la medición de los indicadores a través de la escala Likert puede ser positivo o negativo. Será positivo cuando el parámetro final sea más favorable que el inicial y será negativo cuando éste sea menos favorable.

De esta manera, los criterios de resultado para el diagnóstico Deterioro de la Comunicación verbal que presenta la Nursing Outcomes Classification (NOC) son.

- Comunicación.
- Comunicación: expresiva.
- Comunicación: receptiva.
- Elaboración de la información.
- Cognición.

Así, se exponen los criterios de resultado y de manera específica los indicadores sobre los que se hablará, analizando y describiendo nuevas propuestas de los que se consideren pertinentes⁽³²⁾.

- [0902] Comunicación
 - ✓ Definición: Recepción, interpretación y expresión de los mensajes verbales, escritos y no verbales.
 - ✓ Análisis y propuestas: como se ha podido observar anteriormente, el diagnóstico Deterioro de la comunicación verbal se define como “Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos”. Por lo tanto, si utilizamos como criterio de resultado Comunicación, basándonos en su definición, manifestamos que el objetivo es que el sujeto sea capaz de interpretar, recibir y expresar mensajes escritos, verbales y no verbales. De esta manera, podemos observar como el criterio de resultado se adapta al diagnóstico. Sin embargo, si analizamos los indicadores, y más concretamente el [90208] Intercambia mensajes con los demás, podemos comentar una serie de aspectos:

Entendemos que el indicador con el término mensajes hace referencia a los escritos, verbales y no verbales. Sin embargo, no se puede realizar una evaluación del aspecto comunicativo, englobando tres elementos diferentes en un solo término. Por ejemplo, un individuo puede tener un compromiso importante del habla sin presentar una alteración del lenguaje escrito.

Por ello, se propone desglosar el indicador [90208] Intercambia mensajes con los demás en:

- Intercambia mensajes escritos con los demás.
- Intercambia mensajes verbales con los demás.
- Intercambia mensajes no verbales con los demás.

- [0903] Comunicación: expresiva
 - ✓ Definición: Expresión de mensajes verbales y/o no verbales con sentido.
- [0904] Comunicación: receptiva
 - ✓ Definición: Recepción e interpretación de mensajes verbales y/o no verbales.
- [0907] Elaboración de la información
 - ✓ Definición: Capacidad para adquirir, organizar y utilizar la información.
 - ✓ Análisis y propuestas:

En primer lugar, se comentan algunos aspectos de los indicadores: [90709] Comprende una frase [90710] Comprende un párrafo [90711] Comprende una historia. La comprensión de una frase, de una historia y de un párrafo depende de muchos factores, principalmente de la complejidad que presenten los mismos y del conocimiento que posea el individuo sobre el tema tratado.

Por ejemplo, según el indicador [90709] Comprende una frase, al no especificar qué tipo de frase, se podrían mostrar cualquiera de las tres que se presentan a continuación:

Las personas tienen corazón.

El corazón es un órgano imprescindible para la vida, que está formado por cuatro cavidades, dos aurículas y dos ventrículos.

El músculo cardíaco, a través de la contracción ventricular izquierda, permite la eyección de sangre oxigenada al resto del organismo.

Por ello, encontramos necesario formular concretamente los indicadores en función de la complejidad de la frase, párrafo e historia.

Por lo tanto, proponemos que los indicadores queden reflejados de la siguiente manera:

Comprende una frase sencilla.

Comprende una frase de mediana complejidad.

Comprende una frase compleja.

Comprende un párrafo sencillo.

Comprende un párrafo de mediana complejidad.

Comprende un párrafo complejo.

Comprende una historia sencilla.

Comprende una historia de mediana complejidad.

Comprende una historia compleja.

- [0900] Cognición

- ✓ Definición: Capacidad para ejecutar los procesos mentales complejos.

Así, con la enumeración y el análisis de los criterios de resultado se han ampliado los indicadores que se han considerado necesarios. Los que no se han analizado de manera concreta ni se han ampliado es debido a que se consideran que son suficientes y correctos.

Una vez descritos y establecidos los objetivos o los resultados que se esperan, es necesario que se pongan en marcha las acciones necesarias para llevarlas a cabo. Para ello continuamos con el siguiente paso: analizar las intervenciones de enfermería.

Intervenciones de enfermería

Al igual que la clasificación NOC con respecto a los resultados de enfermería, existe una clasificación normalizada destinada a las intervenciones enfermeras; ésta última se trata de la Nursing Interventions Classification o NIC⁽³⁴⁾.

Existen diversas fuentes bibliográficas acerca de la necesidad de utilización de la clasificación de las intervenciones enfermeras. Sin embargo, para justificar su utilización por parte de los enfermeros, nos basamos en Bulechek M y col. en Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 2014. De esta manera, la Nursing Interventions Classification (NIC).

- Ayuda a mostrar el impacto que tienen los profesionales de enfermería en el sistema de prestación de cuidados sanitarios.
- Normaliza y define la base de conocimientos de la práctica de enfermería.
- Facilita la elección correcta de una intervención de enfermería.
- Facilita la comunicación de los tratamientos de enfermería a otros profesionales de enfermería y a otros proveedores de cuidados.
- Permite a los investigadores examinar la eficacia y el coste de los cuidados.
- Ayuda a los formadores a desarrollar programas que articulen mejor la práctica clínica.
- Facilita la enseñanza de toma de decisiones clínicas a los profesionales noveles.
- Ayuda a los administradores a planificar de forma más eficaz las necesidades del personal y los equipos.
- Favorece el desarrollo de un sistema de retribución para los servicios de enfermería.
- Facilita el desarrollo y el uso de los sistemas de información de enfermería.
- Comunica la naturaleza de los cuidados de enfermería al público.

Una vez justificada la necesidad de utilización de la NIC, continuamos con la descripción de manera concreta de las intervenciones enfermeras.

Una intervención de enfermería se trata de un tratamiento realizado para mejorar el indicador asociado al resultado establecido en el individuo, en base a un diagnóstico determinado.

Para poder valorar si una intervención ha sido efectiva o no se pueden observar los resultados y los parámetros establecidos y obtenidos tras la intervención en la escala Likert. Si el parámetro final representa una mejoría con respecto al inicial, el resultado será positivo y como consecuencia es indicativo de que la intervención enfermera ha sido efectiva.

Cada intervención presenta una denominación y una definición específica. La denominación es el título de cada intervención y la definición es el significado que refiere. Además, cada intervención lleva asociada una serie de actividades, las cuales hacen posible el desarrollo de la intervención. Es decir, las actividades de enfermería son las acciones que permiten que se lleve a cabo una intervención concreta y por lo tanto que se alcance el resultado deseado.

Para elegir una intervención en vez de otra, es necesario poner en marcha un proceso de selección en base a unos criterios determinados, los cuales han sido recogidos por Bulechek M y col. en Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 2014. De esta manera, la elección de una intervención se realiza en base a los siguientes aspectos:

- Los resultados que se desean en el paciente.
- Las características del diagnóstico de enfermería.
- La base de investigación de la intervención.
- La factibilidad de realizar la intervención.
- La aceptación por parte del paciente.
- La capacidad que dispone el profesional de enfermería.

Utilizando los elementos anteriores para la correcta selección de las intervenciones de enfermería, a continuación se describen aquellas intervenciones para el diagnóstico Deterioro de la comunicación verbal, que mejor se adaptan al diagnóstico, analizando y realizando propuestas acerca de las actividades de las intervenciones de las que se considere necesario.

De esta manera, se presentan las intervenciones enfermeras propuestas para el diagnóstico Deterioro de la comunicación verbal⁽³⁴⁾:

- [4920] Escucha activa
 - ✓ Definición: Prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales del paciente.

- ✓ Análisis y propuestas: Tras analizar de forma específica las actividades que se corresponden con la intervención Escucha activa, podemos observar que: Ninguna de ellas presta atención a la observación acerca de la forma de expresión del individuo en función de la edad, la cual varía en relación con la etapa vital en la que se encuentre, especialmente en la infancia⁽²⁸⁾. Además, tampoco se hace referencia a la forma de expresión en función del nivel de estudios que presente el individuo. Por lo tanto, en relación a lo comentado anteriormente, se proponen las siguientes actividades para la Intervención [4920] Escucha activa: Determinar si la forma de expresión de los mensajes verbales se corresponde con la edad que presenta el individuo.

Determinar si la forma de expresión de los mensajes verbales se corresponde con el nivel de estudios que presenta el individuo.

- [4974] Mejorar la comunicación: déficit auditivo
 - ✓ Definición: Uso de estrategias que aumenten las capacidades de comunicación de las personas con hipoacusia.
 - ✓ Análisis y propuestas

Las actividades asociadas a la intervención [4974] Mejorar la comunicación: Déficit auditivo están enfocadas en facilitar la comunicación y la comprensión del mensaje al individuo. Sin embargo, se comentan una serie de aspectos. No hay actividades enfocadas a sugerir estrategias por parte de los enfermeros hacia el paciente para mejorar la comunicación. Por ejemplo, el diseño de un sistema de ilustraciones y palabras.

No se hace mención a la presencia de una persona del entorno del paciente que le ayude en el proceso de comunicación: por ejemplo, un intérprete en el caso de que domine la lengua de signos o una persona con la que conviva.

Debido a ello, se propone incluir las siguientes actividades:

Proponer estrategias al paciente para mejorar el proceso de comunicación (p. ej., diseñar un sistema de ilustraciones o una tabla de preguntas habituales que faciliten la comunicación).

Facilitar y permitir la presencia de un intérprete o familiar.

- [4976] Mejorar la comunicación: déficit del habla
 - ✓ Definición: Empleo de estrategias que aumenten las capacidades de comunicación de las personas con dificultades para el habla.
- [5440] Aumentar los sistemas de apoyo
 - ✓ Definición: Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos

y la comunidad.

- [5820] Disminución de la ansiedad
 - ✓ Definición: Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.

- [6480] Manejo ambiental
 - ✓ Definición: Manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos, interés sensorial y bienestar psicológico.

 - ✓ Análisis y propuestas

Uno de los elementos que se deben de tener en cuenta para conseguir un beneficio terapéutico, es la creación de un ambiente íntimo, distendido y de confianza. Por ello, a la hora de manejar el entorno, ese objetivo debe estar presente. Tras el análisis de las actividades asociadas a la intervención [6480] Manejo ambiental, se propone incluir: Propiciar un ambiente distendido e íntimo en función de las necesidades del paciente, evitando las interrupciones innecesarias.

- [5515] Mejorar el acceso a la información sanitaria
 - ✓ Definición: Ayudar a las personas con capacidad limitada para obtener, procesar y comprender la información relacionada con la salud y la enfermedad.

- [5400] Potenciación de la autoestima
 - ✓ Definición: Ayudar a un paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía.

- [5100] Potenciación de la socialización
 - ✓ Definición: Facilitar a capacidad de una persona para interactuar con los demás

Gracias a las intervenciones de enfermería y a las actividades asociadas a ellas, las enfermeras pueden satisfacer las necesidades que presenta el paciente a través de los cuidados.

En este trabajo, se han analizado cada una de las actividades asociadas a las intervenciones. Sin embargo, tras su análisis, se han propuesto aquellas que se han

considerado necesarias para reflexionar sobre su ampliación y hacer que el diagnóstico enfermero cada vez sea más completo ajustándose a las competencias profesionales.

El objetivo de analizar los criterios de resultado y las intervenciones de enfermería no ha sido desarrollar un plan de cuidados estandarizado. El estudio del trabajo se centra en el diagnóstico enfermero, sin embargo, ambos elementos se realzan por la importancia que presentan en relación a los cuidados, esencia de la enfermería.

Muchos autores a lo largo de la historia han hablado de la importancia de los cuidados, incluso fuera del ámbito de la enfermería. Por ejemplo, como dice Shelley ET en el libro Lazos Vitales⁽³⁵⁾ “Desde el vientre hasta la edad adulta, lo que somos, depende de la gente que nos cuida y de lo bien que nos vaya con ella... lejos de ser meras conversaciones sociales, estas relaciones influyen de modo fundamental en la biología, a lo largo de nuestra vida, al tiempo que son influidas por ella y lo hacen de manera que pueden proteger o dificultar nuestra salud”⁽³⁶⁾.

Sin embargo, a pesar de ello, la realidad es que cada vez más se tiende a tecnificar la enfermería. Por ello se considera necesario resaltar que el análisis y descripción de las taxonomías que se muestran en el trabajo no dejan de lado la perspectiva humana del cuidado, sino que su presencia va enfocada a mejorar y manifestar los elementos necesarios para poder cuidar de la mejor forma posible.

CONCLUSIONES

La comunicación es un elemento que forma parte del ser humano y lo ha utilizado desde los inicios de la humanidad para su supervivencia^(1,2). Existen dos tipos de comunicación: la comunicación verbal y la comunicación no verbal. En la actualidad, las alteraciones y deficiencias de la comunicación verbal presentan una gran magnitud e importancia en la sociedad. Por ello, se considera necesario describir y analizar el diagnóstico de enfermería “Deterioro de la comunicación verbal”.

El análisis del diagnóstico que se presenta en el trabajo se ha realizado de manera ordenada, de forma que resulte comprensible y lo más sencillo posible para el lector.

Tras el análisis del diagnóstico y su evolución, podemos afirmar la necesidad de explicarlo detalladamente y dar a conocer para qué sirven cada uno de sus componentes, ampliando el conocimiento a los profesionales de enfermería sobre su aplicabilidad clínica. De manera que se estudie si puede ser mejorable o no.

También se presenta la necesidad de ampliar la definición del diagnóstico que se propone en el trabajo, ya que supone una falta de concreción en relación con la etiqueta que antecede, pudiendo ser ésta objeto de revisión.

En relación a los factores relacionados, se ha indicado la necesidad de desglosar las diferentes causas que pueden llegar a originar un fallo en la comunicación verbal, de manera que lleve a una mejor comprensión de los factores relacionados que se muestran en la NANDA y que resulten más comprensibles y fáciles de identificar.

En cuanto a las manifestaciones clínicas, se ha podido observar que son adecuadas en relación al diagnóstico. Sin embargo, a la hora de estudiar la valoración de enfermería se ha propuesto un método basado en fuentes bibliográficas⁽¹⁾ para facilitar a los enfermeros la detección de la alteración de forma precoz.

Finalmente, y aunque el trabajo está enfocado al estudio del diagnóstico de forma específica, se han analizado los criterios de resultado (NOC) y las intervenciones de enfermería (NIC) debido a la importancia que presenta la evaluación de los resultados y la realización de las actividades a la hora de realizar los cuidados enfermeros. Tras su análisis, se han encontrado elementos cuestionables los cuales han sido razonados y argumentados. De esta manera se han realizado nuevas propuestas, incitando a la ampliación del diagnóstico.

ANEXOS

COMPONENTES DEL LENGUAJE				
	Pragmática	Semántica	Morfo-sintaxis	Fonética y fonología
Expresión	Uso adecuado del lenguaje según contexto	Uso de concepto significativo del vocabulario	Uso de las estructuras de la lengua	Articulación de los sonidos del habla
Comprensión	Comprensión del lenguaje según el contexto	Comprensión del vocabulario o del concepto léxico. Conceptos significativos	Comprensión de la estructura gramatical del lenguaje	Oír y discriminar los sonidos del habla

Tabla 1: Tabla en la que se incluyen los componentes del lenguaje⁽²⁶⁾.

ETAPAS EN EL DESARROLLO DE LA COMUNICACIÓN Y EL LENGUAJE				
Edad	Pragmática	Semántica	Morfo-sintaxis	Fonética y fonología
Primer año	Adquiere los mecanismos básicos de la comunicación a un nivel no verbal: -Reacciona a la voz humana e identifica voces familiares -Presta atención a la cara del adulto -Ríe en voz alta -Parece contestar al adulto cuando le habla Emplea diferentes recursos para comunicar: -Jerga -Señalar con el dedo -Si/No corporal Usa gestos manuales	Se interesa por el entorno inmediato Interpreta expresiones de la cara del adulto Comprende: -Palabras y expresiones apoyándose en la proso-día -Órdenes sencillas y situaciones familiares Puede utilizar dos o tres palabras aunque muy generalizadas, por ejemplo: agua para referirse a todos los líquidos		Identifica voces familiares Vocalizaciones Reduplicaciones silábicas Repite palabras
12-24 meses	Usa el lenguaje para: -Realizar peticiones -Expresar deseos y rechazos -Nombrar Objetos -Compartir situaciones	Conoce y nombra objetos y acciones de la vida diaria Cada día va incorporando nuevas palabras Las palabras de uso múltiple van desapareciendo	Primeras palabras Etapa de la palabra-frase Posteriormente comienza a unir dos palabras Incorpora negación y pregunta	Habla infantil: estrategias de aproximación a las palabras

			Sintaxis propia (ausencia de nexos, de concordancia...) Es un habla de tipo telegráfico	
24-36 meses	Gran interés por el lenguaje, pregunta por el nombre y el por qué de las cosas Se inicia en relato de acontecimientos personales	Comprende situaciones y órdenes más complejas que implican relaciones entre objetos u acciones Comprende adjetivos sencillos (grande/pequeño) Comprende usos de los objetos Continúa ampliando su vocabulario día a día	Oraciones de tres elementos Emplea oraciones simples Comprende y expresa oraciones interrogativas (qué, quién, de quién, dónde, por qué, para qué) y afirmativas Uso de artículos, marcadores de plural (-s y -es) y pronombres Se inicia en el uso de oraciones coordinadas sencillas	Cada vez se le va entendiendo mejor, aunque todavía pueden darse errores propios del habla infantil como por ejemplo: -Dificultades con la /d/, la /O/ y la /s/ y con la /r/ -Simplificación de sinfonos y diptongos
36-72 meses	Se afianza el uso del lenguaje: -Acompaña de lenguaje a la acción en el juego -Realiza narraciones más o menos complejas -Su discurso es más organizado -Comienza a hacer descripciones -Relata con detalle cuentos escuchados -Le gusta jugar con el lenguaje e inventarse historias	Avances significativos en cuanto a la comprensión: -Oraciones que impliquen negación -Contrarios, adivinanzas, absurdos sencillos, bromas Aumento de vocabulario comprensivo y expresivo	Utiliza una gramática más compleja: -Conjugación verbal: uso adecuado de los distintos tiempos y modos -Concordancias de género y número -Emplea oraciones subordinadas	Pueden persistir errores en la pronunciación de la /r/ Y simplificación de los sinfonos que la contengan

Tabla 2: Tabla en la que se muestran las diferentes etapas y su relación con el desarrollo de la comunicación y del lenguaje⁽²⁶⁾.

Prueba de discapacidad auditiva del anciano	No	A veces	Sí
1. ¿Se siente incómodo al conocer a gente nueva debido a su audición?			
2. ¿Se ha sentido frustrado al hablar con miembros de su familia por causa de su audición?			
3. ¿Tiene dificultades para oír cuando alguien habla susurrando?			
4. ¿Se siente limitado por su problema de audición?			
5. ¿Tiene dificultades a la hora de visitar a sus amigos, familiares o vecinos debido a su problema de audición?			
6. ¿Asiste a los servicios religiosos con menos frecuencia de la que le gustaría debido a su audición?			
7. ¿Tiene discusiones con miembros de su familia por problemas de audición?			
8. ¿Tiene dificultades para oír la televisión o la radio por problemas de audición?			
9. ¿Tiene la sensación de que la dificultad de audición limita u obstaculiza su vida personal o social?			
10. ¿Tiene dificultades a la hora de ir a un restaurante con sus familiares o amigos por su problema de audición?			
<p>Puntuación: no=0; a veces=2; sí=4 Interpretación de las puntuaciones totales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0-8: sin limitaciones - 10-24: limitación entre leve y moderada - 26-40: limitación grave 			

Tabla 3: Test para valorar el impacto social y emocional de la pérdida auditiva⁽³⁰⁾.

Preguntas para detectar la pérdida auditiva	Sí	No
1. ¿Tiene dificultades para oír cuando alguien habla susurrando?		
2. ¿Tiene dificultades para oír la televisión o radio por problemas de audición?		
Se obtiene el valor predictivo positivo máximo si ambas preguntas son afirmativas		

Tabla 4: Test rápido para detectar la pérdida auditiva⁽³⁰⁾.

VALORACIÓN DEL PACIENTE
<p>1. Observe el medio de comunicación del individuo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absolutamente verbal - Verbal a veces o responde inadecuadamente - Solo habla cuando le hablan - No habla o no responde - Únicamente gesticula - Únicamente se comunica por escrito - Sólo utiliza el lenguaje de signos

2. Una vez que ha observado cómo se comunica, hágale la siguiente pregunta: ¿Cree que se comunica de forma adecuada?

En el caso de que la respuesta sea negativa:

- ¿Qué le ayuda o que cree que puede ayudarlo a comunicarse mejor?
- ¿Hay alguna persona en su entorno que le ayude a comunicarse o le gustaría que estuviera presente?

3. Cuando pueda establecer una comunicación eficaz con el paciente o acompañante a través del medio que considera posible, incida en los siguientes aspectos:

- ¿Tiene problemas de audición? Si la respuesta es afirmativa:
 - Descripción del problema: en uno o ambos oídos, momento en el comenzó y causa (si la conoce), si el problema apareció de forma gradual o brusca.
 - Antecedentes: familiares y de exposición a ruidos.
 - Utilización o no de aparatos que mejoren o ayuden a la audición.

4. Intente que el individuo le describa a través de una escala numerada del 1 al 10 su percepción sobre la capacidad que tiene para comunicarse. Siendo 10 buena comunicación y 0 incompletamente incapaz de comunicarse.

5. Pregúntele a la persona si existen en el medio en el que se encuentra barreras que impiden o dificultan su capacidad de comunicarse como:

- Falta de intimidad
- Miedo a resultar inadecuado
- Falta de tiempo para explicarse
- Necesidad de la presencia de una persona de su entorno habitual.
- Barreras idiomáticas o culturales
- Falta de conocimiento sobre el tema en cuestión.
- Dolor, estrés, cansancio.

6. Posteriormente, incida y explore sus capacidades.

- Edad de desarrollo del individuo
- Descripción de la capacidad para formar palabras:
 - Nula
 - Aceptable
 - Buena.
- Descripción de la capacidad para formar frases:
 - Buena
 - Lenta
 - Ideas poco claras
 - Ideas sin sentido
 - Construcción de frases cortas
 - Presencia de barreras lingüísticas
 - Nula.
- Descripción de la capacidad de comprensión:
 - Entiende órdenes complejas
 - Solo entiende órdenes sencillas
 - A veces, entiende órdenes sencillas.
 - Es incapaz de entender órdenes sencillas.
 - Sólo entiende si funciona el audífono.
 - Solo entiende órdenes si puede leer su boca.
- Presencia o no de contacto ocular.

7. En caso de hipoacusia, realizar las siguientes exploraciones en relación al sistema auditivo:

- Presencia o no de deformidades
- Presencia o no de lesiones

<ul style="list-style-type: none">- Dolor- Hinchazón- Exudado- Tumefacción- Presencia de cerumen o cuerpos extraños- Posibilidad de oír palabras susurrantes.- Comprobar el estado y el conocimiento del funcionamiento de audífonos (si los hay)- Observar los resultados de las pruebas de función auditiva (en caso de habérselas realizado)
8. En caso de presencia de barreras físicas que impidan o dificulten la comunicación, identificarlas. Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none">- Traqueotomía- Tubo endotraqueal
9. Analice el comportamiento del individuo durante la valoración, pudiendo ser este de: <ul style="list-style-type: none">- Nerviosismo- Ansiedad- Atento- Temor o miedo- Desconfianza- Enfado- Incomodidad- Comodidad

Tabla 5: Tabla modificada para la valoración del individuo en la consulta de Atención Primaria y para ayudar al establecimiento del diagnóstico Deterioro de la Comunicación Verbal⁽¹⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Juall Carpenito L, editora. Diagnósticos de enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España; 2003.
2. Vañó Giner M. El arte de escuchar. Educare21-Esp- [Internet]. 2004 [citado 4, abril, 2015];4. Disponible en: <http://www.enfermería21.com/revistas/educare/articulo/7032>
3. Valois Núñez. Ética de la comunicación en las relaciones sanitarias, ¿derecho o privilegio? Rev. Bioética y Derecho. 2007;9:1-9.
4. Sánchez Martos J. Educación para la Salud [Apuntes]. 4º Curso Grado en Enfermería 2014-2015. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Madrid: UCM; 2014 [Inédito].
5. Gallar M, editor. Promoción de la Salud y Apoyo Psicológico al Paciente. Madrid: Thomson-Paraninfo; 2012.
6. Landete Belda L. La comunicación, pieza clave en enfermería. Enferm dermatológica. 2013;16:16-19.

7. Varela Curto MD, Sanjurjo Gómez ML, Blanco García FJ. El lenguaje de los cuidados. *Enfuro*. 2009;111:8-10.
8. Borrell F, Sobrino A, Bosch JM, Quesada, F. 25 Años de comunicación y salud. *Aten Primaria*. 2015;47(1): 3-6.
9. Rodrigo Martín I, López López A, Martín Requero MI. La comunicación interpersonal como clave del bienestar (1ª parte). *Comunicación y Salud. A tu salud*. 2012;78:15-19.
10. Herdman TH, editora. *NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014*. Barcelona: Elsevier; 2012.
11. García Hernández AM. *NANDA. North American Nursing Diagnosis Association. Desde su nacimiento hasta nuestros días*. *Rev ENE Enferm [Internet]*. 2007 [citado 8, febrero, 2015];1:1-15. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/26>
12. Castillo de la Rosa E, Delgado Hito MP, Falcó Pegueroles AM, Fernández Ferrín MC, Luis Rodrigo MT, Martínez Gabriel A, et al, editores. *Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica*. 9ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2013.
13. Berman A, Snyder S, editores. *Fundamentos de Enfermería: Conceptos, proceso y prácticas*. Volumen I. Madrid: Pearson; 2012.
14. Luis Rodrigo MT. *Diagnósticos de Enfermería de la NANDA. Definiciones y Clasificación 1992-1993*. Barcelona: Mosby-Doyma Libros;1993.
15. Luis Rodrigo MT. *Diagnósticos Enfermeros de la NANDA. Definiciones y Clasificación 1999-2000*. Madrid: Harcourt;1999.
16. Instituto Nacional de Estadística. *Sociedad. Salud. Encuestas sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008 [Internet]*. España: INE; 2008 [citado 4, mayor, 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p418&file=inebase&L=0>
17. Gallar M, editor. *Promoción de la Salud y Apoyo Psicológico al Paciente*. Madrid: Thomson-Paraninfo; 2012.
18. Ruiz Moral R, Rodríguez Salvador L, Pérula de Torres L, Prados Castillejos JA. Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia. *Aten Primaria* 2002;29(3):132-144.

19. Campo Osaba MA, Borrás Gallart E, Iecha Amat G, Laguna Fernández V, Salas Roig MG. Modelo de Virginia Henderson para la enfermería familiar y comunitaria. En: Campo Osaba MA, editora. Enfermería Comunitaria. Vol. I. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009. p. 326-343.
20. Benavent Garces MA, Francisco del Rey C, Ferrer Ferrandis. Fundamentos de Enfermería. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009.
21. Plumed Moreno C. Pensamiento y lenguaje. En: Plumed Moreno C, editor. Psicología general. Colección Enfermería S21. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2012. p. 157-183.
22. Gómez Díaz MP. Enfermería Clínica III [Apuntes]. 4º Curso Grado en Enfermería 2014-2015. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Madrid: UCM; 2014 [Inédito].
23. Pocock G, Richards Christopher D, editores. Fisiología Humana. La base de la medicina. Barcelona: Masson; 2002. p. 197-210.
24. Nieto Corella P. Procesamiento de la información. En: Plumed Moreno C, editor. Psicología general. Colección Enfermera S21. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2012. p. 65-103.
25. Berman A, Snyder S, editores. Fundamentos de Enfermería: Conceptos, proceso y prácticas. Volumen II. Madrid: Pearson; 2012.
26. Pérez Pedraza P, Salmerón López T. Desarrollo de la comunicación y del lenguaje: indicadores de preocupación. Rev Pediatr Aten Primaria. 2006;8(32):111-125.
27. Ferrer A, Formiga F, Sanz H, Monserrate E, Verges D. Envejecimiento satisfactorio e indicadores de fragilidad en los mayores de la comunidad. Estudio Octabaix. Aten Primaria. 2014; 46(9):475-482.
28. Alvarado García AM, Salazar Maya AM. Análisis del envejecimiento. Gerokomos. 2014;25(2):57-62.
29. Millán Calenti JC, Maseda A, Rochette S, García-Monasterio I. Relación entre el déficit sensorial auditivo y depresión en personas mayores: revisión de la literatura. Gerokomos. 2011;46(1):30-35.
30. Proupín Vázquez N, Lorenzo Martínez A, del Río Valeiras M, Álvarez Alonso L, Segade Buceta X, Labella Caballero T. Propuesta de cribado de la presbiacusia en una consulta de atención primaria. Aten Primaria. 2007;39(1):35-40.

31. Campo Osaba MA, Alcoz Coll MM, Banchs Morer E, Rodríguez Aira R, Vera Edo A. Ámbitos de actuación de la enfermería familiar y comunitaria. En: Campo Osaba MA, editora. Enfermería Comunitaria. Volumen I. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009.p. 358-365.
32. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editoras. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Barcelona: Elsevier; 2014.
33. Likert, R. A Tecniqe for the Measurement Of Attitudes. Arch Phys. 1932. 140: 1-55.
34. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM, editores. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
35. Shelley ET. Lazos vitales. Madrid: Taurus; 2002.
36. González Villanueva P. Cuidar es algo más que tratar. Educare21-Esp- [Internet]. 2007; [citado 10, 5, 2015];3. Disponible en:
<http://www.enfermeria21.com/revistas/educare/articulo/34021/>

Recibido: 26 octubre 2016.

Aceptado: 1 noviembre 2016.