



DOCENCIA - INVESTIGACIÓN

Quando la comunicación es nociva en el encuentro entre profesional y familia del niño hospitalizado

Quando a comunicação é nociva no encontro entre profissional e família da criança hospitalizada

When the communication is harmful in the encounter between health professional and family of hospitalized child

Santos, Leidiene Ferreira **Oliveira, Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante ***Munari, Denize Boutelet ***Barbosa, Maria Alves *Peixoto, Myrian Karla Ayres Veronez *****Nogueira, Alyne Leite Gomes**

*Máster en Enfermería por la Facultad de Enfermería/UFG/Brasil; Profesora Asistente. Departamento de Enfermería. Universidad Federal de Tocantins-TO, Campus Palmas-TO. E-mail: leidienesantos@uft.edu.br **Enfermera, Doctora en Ciencias de la Salud por la Universidad de Brasília/UNB/Brasil; Profesora Asociada de la Facultad de Enfermería/UFG. ***Doctora en Enfermería por la Universidad de São Paulo/USP/Brasil; Profesora Titular de la Facultad de Enfermería/UFG. ****Enfermera, Máster en Enfermería por la Facultad de Enfermería/UFG; Profesora Asistente de la Universidad Federal do Mato Grosso, Campus Barra do Garças. *****Enfermera, Máster en Enfermería por la Facultad de Enfermería/UFG/.Brasil.

Palabras Clave: Comunicación; Enfermería; Relaciones Profesional-Familia; Salud de la Familia.

Palavras-chave: Comunicação; Enfermagem; Relações profissional-família; Saúde da família

Keywords: Communication; Nursing; Professional-Family Relations; Family Health.

RESUMEN

Introducción: Identificar los efectos dañinos de la comunicación entre los profesionales de la salud y las familias de los niños hospitalizados.

Métodos: Estudio exploratorio descriptivo. Los datos fueron recolectados durante las sesiones de un Grupo de Apoyo para Padres y Familia (GRAPF) por grabación digital, y se analizaron a través de un proceso conocido como "cajas" en que se parte de categorías pre-definidas, en el caso, formas típicas de comunicación y los elementos que los caracterizan. Participaron en las sesiones de grupo individuos que aceptaron participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado y que cumplían los siguientes criterios de inclusión: edad mayor de 18 años y pertenecer a una familia de un niño hospitalizado en la Unidad de Hospitalización Pediátrica investigado en período de recolecta de datos.

Resultados: El análisis de los datos dio lugar a la propuesta de las categorías: "Atender de modo impersonal y puramente técnico", "Órdenes y lecciones morales " y "Mensajes contradictorios".

Conclusiones: El miedo, la incertidumbre, el estrés y la ansiedad, identificados en las declaraciones de los participantes del grupo, indican efectos perjudiciales con respecto al uso o no uso de la comunicación, y sugieren que el comportamiento de algunos profesionales se basa en el modelo biomédico de atención de salud.

RESUMO

Introdução: Identificar os efeitos nocivos da comunicação entre profissionais de saúde e famílias de crianças hospitalizadas.

Metodologia: Pesquisa descritiva exploratória. Os dados foram coletados durante as sessões de um Grupo de Apoio para Pais e Família (GRAPF) por meio de gravação em mídia digital, e analisados por meio de um processo conhecido como "caixas" em que se parte de categorias pré-definidas, no caso, formas típicas de comunicação e os elementos que as caracterizam. Participaram das sessões do grupo indivíduos que concordaram em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e que preencheram os seguintes critérios de inclusão: idade de 18 anos ou mais e pertencer a uma família de uma criança hospitalizada na Unidade de Internação Pediátrica investigada no período de coleta de dados.

Resultados: A análise do material resultou na proposição das categorias: "Atender de modo impessoal e puramente técnico", "Ordens e lições de moral" e "Mensagens contraditórias".

Conclusões: Medo, incertezas, estresse e ansiedade, identificados nas falas dos participantes do grupo, indicam efeitos nocivos em relação ao uso, ou não uso, da comunicação, e sugerem que o comportamento de alguns profissionais está alicerçado no modelo biomédico assistencial de atenção à saúde.

ABSTRACT

Introduction: Identify harmful effects of communication between health professionals and families of hospitalized children.

Methods: Descriptive exploratory research. Data were collected during sessions of a Support Group to Parents and Family (SGPF) through recording on digital media, and analyzed using a procedure known as "boxes" which began of pre-defined categories, in this case, typical forms of communication and the elements that characterize them. It had been part of group sessions individuals who agreed to be part of the study, signing the Informed Consent Form and who met the following inclusion criteria: age of 18 years old or over and belong to a family of a hospitalized child in Pediatric Inpatient Unit investigated in the period of data collection.

Results: The analysis of the material resulted in the proposition of categories: "Meeting in an impersonal way and purely technical", "Orders and moral lessons" and "Contradictory Messages".

Conclusions: Fear, uncertainty, stress and anxiety, identified in the speeches of the group participants, indicate harmful effects with respect to the use or non-use, communication, and suggest that the behavior of some professionals is grounded in the biomedical model of health care assistance.

INTRODUCCIÓN

La comunicación es un recurso que permite al profesional de la salud establecer relación interpersonal con los individuos, ayudando a su recuperación y superación de situaciones traumáticas. Gracias a ella se crean condiciones para que el equipo de enfermería realice cambios, en el intento de mejorar la situación experienciada por su clientela⁽¹⁾.

No siempre la comunicación es usada de manera que favorezca la construcción de

una relación positiva entre profesionales de la salud y familia. Además, en relación a la atención de enfermería en pediatría, investigaciones revelan que el equipo de salud comúnmente no considera a la familia en su plan de trabajo, dirigiéndose sus acciones, exclusivamente, a la enfermedad del niño^(2,3). De esta manera, la familia y el niño no son atendidos en sus necesidades y no son percibidos en su totalidad, pasando prácticamente desapercibidos los aspectos emocionales, las inseguridades, las dudas del niño y de sus familiares.

Esta situación indica prejuicio en la comunicación/interacción entre familias y profesionales de salud, ya que ellos también focalizan su atención en cuidados técnicos, con poca o ninguna preocupación por la familia⁽³⁾.

Con todo, desde la perspectiva del cuidado humanizado, el diálogo es herramienta indispensable en la construcción de la relación entre equipo de salud y familia. La falta de comunicación, de respeto, de empatía, de atención y de generosidad, perjudica la comunicación/interacción y contribuye a una asistencia impersonal y deshumanizada^(4,5).

Estudios con familias son fundamentales para que podamos producir evidencias que, de alguna manera, posibiliten cambios en la forma de atender sus necesidades y mejorar la calidad de la asistencia prestada^(3,6). Entendiendo la necesidad de comprender mejor los aspectos que son limitadores de una comunicación efectiva y afectiva para con la familia del niño hospitalizado, a partir del estado del arte sobre el tema, fue que nos propusimos el desarrollo de esta investigación, cuyo objetivo fue identificar efectos nocivos de la comunicación entre profesionales de salud y familia en el proceso de experimentar la situación de tener un niño hospitalizado.

METODOLOGÍA

Investigación descriptiva basada en datos producidos durante sesiones de un Grupo de Apoyo a Padres y Familiares (GRAPF); de tipo abierto, esto es, permitía la entrada de nuevos miembros en todos los encuentros y la participación en una sesión no implicaba la obligación de comparecer a otras sesiones; homogénea en relación a sus participantes, ya que todas las personas invitadas a esta actividad tenían en común la experiencia de tener un niño de la familia hospitalizado en Unidad de Ingreso Pediátrico/UIP; y con el objetivo de ofrecer apoyo, acogida e informaciones a la familia de los niños hospitalizados.

El GRAPF fue coordinado por dos enfermeras y supervisado, en su organización y conducción, por una enfermera especialista en Dinámica de Grupo y otra con experiencia en la atención a familiares de personas ingresadas en Unidad de Cuidados Intensivos.

La investigación se realizó en la UIP de un Hospital Escuela localizado en Goiânia-Goiás, en el periodo de febrero a julio de 2010. La UIP en cuestión tiene dos secciones de ingresos: la Clínica Pediátrica (CP) y la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN). La CP tiene 20 camas con media de ocupación diaria de doce camas. La UCIN tiene 10 camas destinadas al cuidado de recién nacidos (RN) graves y, casi siempre, están todas ocupadas.

Participaron de las sesiones grupales individuos que aceptaron formar parte de la investigación, firmando el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido y atendieron

a los siguientes criterios de inclusión: tener edad igual o superior a 18 años y pertenecer a la familia de un niño hospitalizado en la UIP investigada, en el período de la recogida de datos.

Se analizaron en este estudio doce sesiones grupales, que fueron grabadas en formato digital y posteriormente transcritas por la coordinadora del grupo y para garantizar el secreto en cuanto a la identidad y evitar exposición y desagrado de los sujetos en la presentación de los resultados, los familiares fueron identificados por la letra F seguida de un número (1 a 34 - total de familiares que participaron del estudio) y por la letra G acompañada por el número del encuentro en que este familiar estuvo presente.

Los datos fueron analizados a partir de la técnica de análisis temático Bardin⁽⁷⁾, específicamente, el procedimiento de distribución de contenidos por “cajas”. Este proceso requiere que el análisis sea hecho a partir de categorías predefinidas, que en este caso fueron las formas típicas de comunicación⁽⁸⁾ y los elementos que las caracterizan. El procedimiento analítico detallado se realizó partiendo de la transcripción de las grabaciones de las sesiones grupales, seguida del pré-análisis, con exploración del material por la lectura exhaustiva y comprensiva, a fin de identificar los elementos que caracterizan las formas típicas de comunicación.

Este estudio fue elaborado y desarrollado, siguiendo las recomendaciones de la Orden 196/96 del Consejo Nacional de Salud y aprobado por un Comité de Ética en Investigación Humana y Animal, localizado en Goiânia Goiás (protocolo 153/2009).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En total, 34 familiares participaron de las sesiones del GRAPF. El número de personas en cada sesión varió de 3 a 7, con media de 4,7 por encuentro. Los participantes fueron, principalmente, madres (23; 67,6%), tíos (5; 14,7%), abuelos (4; 11,8%) y padres (2; 5,9%) de los niños.

El análisis del material llevó a la proposición de las categorías: “Atender de modo impersonal y puramente técnico”, “Ódenes y lecciones de moral” y “Mensajes contradictorios”, las cuales sirvieron para comprender las repercusiones provocadas por la postura y conductas inadecuadas de los profesionales de salud en las experiencias vividas por la familia durante la hospitalización del niño.

Es importante destacar que la comunicación es un acto creativo; no existe solamente un agente emisor o receptor, sino un intercambio entre los individuos que constituye un sistema de interacción y reacción, esto es, un proceso recíproco que promueve cambios en la manera de sentir, pensar y actuar de los implicados⁽¹⁾. Es un recurso indispensable para establecer el cuidado de enfermería que vislumbra una asistencia de calidad no solo al niño, sino también a su familia^(3,9,10).

En este sentido, algunas formas de comunicación tienen resultados nocivos, provocando efectos colaterales indeseables⁽⁸⁾, lo que contribuye a acentuar el sufrimiento de la familia que convive con un niño hospitalizado, como se presenta en las categorías que siguen.

Atender de Modo Impersonal y Puramente Técnico

La construcción de una relación cordial entre el equipo de salud, la familia y el niño, es extremadamente importante para el bienestar de la familia^(1,11). La conducta fría, impersonal y puramente técnica, en la atención, es contraria a cualquier presupuesto de una asistencia terapéutica y humanizada. Cuando el profesional de salud no interactúa/establece comunicación con la persona a la que está atendiendo, encarándola como objeto, la acción benéfica de esa relación se vuelve muy limitada.

De esta manera, la comunicación terapéutica, o sea, aquella que no perjudica, que no causa daño, es imprescindible en el encuentro profesional/familia⁽⁸⁾, ya que esa clientela siente dificultad en luchar con el sufrimiento y precisa de orientaciones sobre el estado de salud del niño y de apoyo⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Cuando los profesionales asumen postura verticalizada, en relación a las demandas de la familia, sin mucho esfuerzo para interactuar y establecer comunicación efectiva, ella se siente ignorada y marginada pues, además de sentirse impotente frente a la enfermedad del niño, ni siquiera conoce la condición clínica real de la misma⁽¹¹⁾:

[...] hicieron [los profesionales de salud] una rueda, así, allí en la sala, hablaron, hablaron, hablaron y hablaron y se fueron. ¡Y ahí yo quedé perdida! Porque allí él no preguntó nada, no dijo nada (F25G10).

[...] le dije: “doctora, yo quería”, ella no me dejó terminar de hablar, “no, la gente sólo comprueba algo sobre los RN al final de la tarde”. Si usted no lo consigue y dice “doctor, ¿cómo está él?” ellos no te dicen nada (F7G1).

Para mí, el mayor peso es que ellos [profesionales de salud] saben de alguna cosa y no comentan, no cuentan a la gente! [...] Los resultados de los exámenes, jellos, no me los dicen! Yo pienso, “¿será alguna cosa grave?”. Ellos saben y no lo dicen a la gente. Entonces, la gente queda angustiada, sin saber lo que está pasando. Yo quisiera que ellos cambiasen esto, sabe (F9G12).

Los testimonios muestran que, de modo general, la acción de ignorar el derecho de la familia a ser oída y a recibir informaciones relacionadas con el diagnóstico, cuadro clínico y evolución del niño, compromete el bienestar físico y mental de la familia, aumenta su ansiedad y su estrés, y resulta perjudicial para la comunicación/interacción entre profesional/cliente.

Los relatos de las familias indican que la postura asumida por los profesionales de salud no sólo comprometen la comunicación sino también la humanización del cuidado. Intervenciones terapéuticas en salud dependen del interés del profesional en involucrarse y acreditar que su presencia es tan importante como los procedimientos técnicos que realiza⁽¹⁾.

Estudios^(3,5,8) indican que la comunicación nociva entre equipo de salud y familiares hace que ellos se sientan sin importancia, corroborando la aparición de conflictos y tensiones que resultan en sufrimiento psíquico.

Este comportamiento contribuye también al bloqueo de los canales de comunicación. En ese escenario, la familia se siente constreñida, incómoda y sin libertad para expresar lo que de más significativo está vivenciando. Esta situación empobrece,

significativamente, la calidad de la asistencia⁽⁸⁾:

[...] porque si yo fuera a conversar con ellos [profesionales de la salud], y ellos lo saben. [...] es malo incluso para mi bebé [...] estoy muerta de miedo (G1F12).

[...] yo no reclamo de lo que veo, porque yo tengo miedo, porque yo no estoy aquí todo el día. Yo tengo miedo de la persona [profesionales de salud] descontar en mi hijo. Hacer alguna cosa con mi hijo cuando yo salga de aquí (G2F7).

Percibimos que al atender a la familia, de modo impersonal y puramente técnico, el profesional de salud desencadena vivencias y experiencias desestructurantes, intensificando el sufrimiento de la familia frente a la situación de tener/vivir con un niño hospitalizado. Esa postura hace que la familia fantasee situaciones negativas e, inclusive, tenga miedo de los profesionales de la salud.

Estudios recientes^(11,15) también señalan que la falta de aproximación entre profesionales y familia hace que esta, muchas veces, vivenciando momentos de insatisfacción, se sujete a las condiciones impuestas por el equipo de salud, pues teme represalias en relación al niño.

Es imprescindible humanizar la asistencia al niño y su familia, mas, para esto, es necesario ir más allá de la realización de procedimientos técnicos y de la oferta de tecnologías avanzadas. La humanización, desde la perspectiva de la familia, es un conjunto complejo de actitudes motivadas por un pensamiento ético, humanitario, social y holístico⁽¹⁶⁾.

En el contexto de la humanización de la asistencia, cabe, al profesional de salud, la responsabilidad de ofrecer apoyo emocional a la familia para que ella encuentre fuerzas para superar la situación de tener y convivir con un niño hospitalizado. Así se debe comprometer a disponer un momento del día para oír las quejas y dificultades de la familia, y atender a las necesidades de informaciones, de apoyo emocional y de entrenamiento para el cuidado del niño^(4,17).

Órdenes y Lecciones de Moral

Lecciones de moral consisten en juzgar o hacer juicios de valor en relación a conductas del cliente que chocan con los valores o modo de pensar del profesional de la salud. Comúnmente, los mensajes se transmiten con un tono de crítica, desaprobación o ironía⁽⁸⁾:

[...] cuando yo llegaba para obtener la leche, tuve un día que yo llegaba tan angustiada que casi no salía. La enfermera llegó y dijo: madre, ¿usted no tiene vergüenza en la cara de tomar sólo este poco de leche, no? De esa manera. Entonces me dio tan mala cosa [...] desde ese día para acá así, no tuvo más voluntad de llegar alegre, tomar la leche (F7G1).

Yo le dije que tenía fe, que el bebé iba a salir de allí. Sólo que ella [profesional de la salud] habló que [comienza a llorar]. [...] yo tenía que pensar en la otra posibilidad, que era no tener fé. Ese día yo le respondí mal a ella. Salí de allí llorando. Entonces yo le dije que se fuera, que ella estaba molestándome, que además de no ayudarme, me estaba estresando. Ese día acabó para

mí(F12G4).

Los testimonios muestran cuánto sufren los familiares al ser criticados o si se les llama la atención de manera inadecuada o hasta incluso injusta. En las situaciones ilustradas en los testimonios, el equipo de salud, en vez de contribuir a reducir el estrés, ansiedad y sufrimiento del familiar, produce efectos nocivos, configurándose como una de las principales fuentes promotoras de vivencias desestructurantes. El equipo de salud debe apoyar y contribuir a reducir el sufrimiento de esas personas, por medio de actitudes como demostrar atención y tener responsabilidad por aquello que comunica a las personas^(4,18).

Investigación⁽¹⁵⁾ realizada con familiares de niños hospitalizados en unidad de cuidados intensivos pediátrica, mostró que la familia tiene su condición de vulnerabilidad intensificada, ya que las interacciones son, la mayoría de las veces, negativas, en razón del ambiente hostil, de las amenazas reales e imaginarias de profesionales de la salud que tienen el poder sobre el niño y de la ruptura que la familia sufre en su estructura.

Al trabajar con familias de niños hospitalizados hacer juicios o valoraciones es una forma de comunicación nociva ya que, comúnmente, esa postura provoca reacciones de irritación y rabia, y puede provocar bloqueos, resistencias y comprometer, significativamente, la salud de la familia⁽⁸⁾.

La vulnerabilidad de la familia se manifiesta por las divergencias entre familia y equipo de salud, provocadas por el distanciamiento entre estas personas. Los profesionales de salud se mantienen distantes de la familia, tratándola de modo estrictamente profesional, sólo relacionándose durante las visitas y proporcionando informaciones que no siempre aclaran, realmente, las dudas de la familia⁽¹⁵⁾.

Notamos que un ambiente de acogida a la familia y la disponibilidad para dar información y establecer comunicación efectiva, proporciona un pilar que sustenta una buena interacción profesional/cliente, y promueve un clima emocional positivo en la realización del cuidado de enfermería.

Estudio realizado para identificar si los enfermeros tenían conciencia de los efectos nocivos de la comunicación no verbal en el contacto con pacientes y familias mostró que los profesionales perciben y reconocen sus insuficiencias⁽¹⁹⁾. Así, el problema está en reconocer y lapidar sus conocimientos sobre la importancia de una relación terapéutica y ponerlo en práctica.

Es importante destacar que el profesional de salud no debe ser solo un realizador de cuidados técnicos, sino que debe comprender la importancia de su papel de facilitador de la vivencia de hospitalización, tanto para el niño, como para su familia⁽⁴⁾.

Mensajes contradictorios

Por mensaje contradictorio se entiende la presencia simultánea de informaciones discrepantes. Ello es nocivo porque provoca confusión, dificultad de discriminación, además de dudas y ansiedad⁽⁸⁾.

Estudio realizado con pacientes terminales reveló que la comunicación efectiva entre profesionales de salud/paciente/familia favorece la planificación de los cuidados y

mejora la calidad de la atención a estas personas, con todo, informaciones distorsionadas pueden comprometer la satisfacción con el cuidado recibido y la preparación para el fin de la vida⁽²⁰⁾.

En los relatos es posible identificar mensajes contradictorios, ya que las informaciones llegan a la familia de manera distorsionada, corroborando su sufrimiento y ansiedad:

[...] solo que es así, un médico habla una cosa, otro habla otra, pero nadie nunca me sentó para explicarme lo que es y lo que ayuda (F25G10).

[...] yo quedé muy triste, yo llegué allí en la UCI dijo que mi bebé estaba con meningitis. Allí después de dar ultrasonidos, dijo que estaba normalizado, estaba todo normal (G8F31).

[...] allí tenía un examen que él iba a hacerse, una cintilografía. ...allí ella [profesional de salud] dijo: madre quítale la ropa para ver el tumor. Yo me asusté y dije así: chica, me explica aquí, tumor de qué? Porque yo no sabía si tenía algún tumor. Explícame esta situación porque estoy perdida (F26G10).

Comúnmente, en las instituciones de salud, la dilución de las responsabilidades, la falta de unión entre los miembros de los equipos y la inexistencia de un liderazgo eficiente que coordine e integre a estos profesionales aumenta significativamente la incidencia de mensajes contradictorios entre profesional/profesional y profesionales/clientes, corroborando situaciones de confusión e inseguridad⁽⁸⁾.

Estudio realizado con familiares de niños con enfermedad crónica⁽¹²⁾, mostró que la comunicación no efectiva también puede comprometer la salud del niño, ya que, en muchos casos, la familia solo reproduce las informaciones recibidas de los profesionales sin, realmente, comprenderlas. Así, su conocimiento acerca de la enfermedad y tratamiento no es insuficiente, lo que puede desencadenar obstáculos para que la familia se sienta en condiciones de cuidar del niño.

También, los niños destacan, como aspecto positivo, la manera como los profesionales de enfermería tratan a sus padres y la relación alcanzada entre ambos. Ellos consideran la relación de simpatía o antipatía, percibida en determinadas situaciones. El concepto que los niños tienen de la calidad de la atención de enfermería está condicionada a la relación del personal de ese equipo con sus padres o adultos cercanos⁽²¹⁾.

Otro aspecto que debe ser considerado por el equipo de salud es la coparticipación del niño en el proceso de cuidar, pues estudio reciente⁽²¹⁾ mostró que algunas veces los profesionales se dirigen solo a las madres, olvidando que los niños también comprenden lo que se dice. Así, es importante destacar que la comunicación establecida con los niños tiene un papel imprescindible en la mediación de sus experiencias y en las ideas que elaboran sobre el proceso salud/enfermedad. En este sentido, es importante que el niño también sea respetado como individuo y forme parte de la interacción profesional y familia.

Desde esta perspectiva, es evidente que la acción de informar debe formar parte de la práctica diaria de los profesionales de enfermería para que la familia y el niño puedan sentirse cuidados, y para reducir el patrón de ansiedad de estas personas^(3,12), proporcionando una asistencia de calidad, minimizando las posibilidades de acciones

nocivas relacionadas con la comunicación/interacción entre familia, niño y equipo de salud.

Ignorar el Problema del Cliente

Al huir y evitar el problema de la familia del niño hospitalizado, el profesional señala la dificultad de delimitar su posibilidad de actuación y miedo de no ser capaz de ayudar al cliente. En estas situaciones, normalmente, la familia se siente sin libertad para expresar lo que le es más relevante. Por este motivo, esa forma de comunicación tiene como resultado la dificultad de vínculo entre profesional/familia⁽⁸⁾:

[...] yo necesito de alguien para conversar, para entender, para que me dé unos consejos. Para ayudarme (G6F1).

[...] sólo que hasta entonces nadie nunca se sentó a conversar conmigo (F25G10).

Es importante destacar que la familia sufre cuando el profesional de salud asume una postura rígida, inflexible, con poca o ninguna demostración de compasión y respeto por su dolor⁽³⁾.

Para la familia, el ambiente hospitalario es un lugar asustadoramente desconocido, en el que ella se siente insegura para exponer sus dudas y miedos y, muchas veces, se siente excluida de las conversaciones realizadas por profesionales de salud en relación a la salud del niño, ya que estas personas generalmente usan un lenguaje que no es comprendido por la familia⁽¹³⁾. Desarrollar habilidades de comunicación, a pesar de no ser tarea fácil, es de fundamental importancia para el equipo de salud, ya que él debe conocer el significado de los mensajes enviados para, entonces, elaborar un plan asistencial adecuado a las demandas reales de las personas asistidas^(1,22), favoreciendo la humanización del cuidado⁽²³⁾.

Considerando que la familia vivencia experiencias desestructurantes que la colocan en situación de sufrimiento psíquico constante⁽²⁴⁾, los profesionales de salud deben reflexionar sobre sus prácticas y reorganizar sus procesos de trabajo para una actuación en equipo, en que las acciones sean interdependientes y complementarias^(2,6,25), teniendo como foco el cuidado humanizado al binomio niño-familia.

El familiar se siente acogido cuando percibe que, además del cuidado dispensado al niño, el profesional también demuestra atención a la familia, estableciendo con la misma una relación de intercambio, apoyo y respeto^(3,26).

Así es imposible, a los profesionales de la salud, realizar cualquier acción en la asistencia al ser humano sin recurso de habilidades de comunicación interpersonal y, no basta al profesional usar solamente la comunicación verbal; es preciso estar atento a los signos no verbales emitidos durante la interacción con el paciente⁽¹⁹⁾.

Es indispensable, en el proceso de cuidar, la comprensión del otro como ser humano integral. En este sentido, sobresale que los profesionales de salud deben entregarse a las mismas cosas, a las experiencias vividas por la familia, pues esa actitud permitirá desvelar el mundo vida de estas personas y corroborar para la construcción de prácticas asistenciales pautadas en el respeto, la atención y solicitud⁽⁸⁾.

Así, para alcanzar una asistencia verdaderamente humanizada al binomio niño-familia es preciso invertir en cambios en la formación del profesional, proporcionar al graduando la oportunidad de focalizar su atención en esta clientela y en la manera de administrar las UIP, para pasar de la asistencia bajo el modelo biomédico, a la asistencia fundada en las relaciones y el potencial humano ⁽²⁷⁾.

CONCLUSIÓN

Los resultados de esta investigación indican que la comunicación puede ser un recurso terapéutico o nocivo, en el contexto de la asistencia sanitaria. De esta manera, ella puede ser usada para beneficiar a la familia del niño hospitalizado y ayudarla en la vivencia/superación de momentos difíciles o puede comprometer aún más su salud física y mental, proporcionando momentos traumáticos y desestructurantes.

En lo relatos de los participantes del GRAPF se identificaron varias necesidades presentadas por los familiares, tales como recibir informaciones sobre diagnóstico y cuadro clínico del niño, mantener diálogo/interactuar con el equipo de salud y recibir atención y respeto.

Miedo, incertidumbres, estrés y ansiedad, identificados en las declaraciones de los participantes del grupo, indican efectos nocivos en relación al uso, o no uso, de la comunicación, y sugieren que el comportamiento de algunos profesionales de la UIP investigada aún está basado en el modelo biomédico asistencial de atención a la salud, en el que se valora el tratamiento biológico, la cura. Esta postura contribuye a que no se ofrezca cuidado centrado en el niño y en su familia para una asistencia fragmentada, lo que refleja inseguridad e insatisfacción por parte de los familiares.

Llama la atención la opción hecha por los profesionales de la salud de ausentarse frente a las necesidades de la familia, o sea, no participar/cuidar/oir/comunicar/compartir. Destacamos que, para nosotros, optar por “no hacer” es también una acción que compromete mucho la salud física y mental de la familia. Este comportamiento nos remite al cuidado deshumanizado, la cosificación y objetivación de la familia y de sus demandas.

Todavía es válido considerar que la mayoría de los profesionales de salud no recibe formación académica dirigida al trabajo con familias y situaciones que exijan habilidades de relación interpersonal. En este sentido es importante que cursos de graduación, en el área de salud, incluyan el estudio de la asistencia a la familia en su grado curricular, oportunizando a los graduandos a trabajar con esta clientela, a fin de comprender la complejidad y la necesidad de incluirla en sus planes de cuidados.

Acreditamos que los resultados de esta investigación pueden contribuir a despertar en los profesionales de salud la importancia de valorar a la familia en el ambiente hospitalario y tornar la comunicación una estrategia terapéutica para la asistencia al niño y su familia, favoreciendo los procesos de enfrentamiento y superación frente a la situación de tener y convivir con un niño hospitalizado.

Esta actitud podrá ayudar a los profesionales a comprender el contexto en que surgió la enfermedad y los mecanismos de enfrentamiento de cada persona. Además, adentrarse en la vida de la familia y mirar con los ojos de quien vive la experiencia, y

no solamente como espectador, permite al profesional comprender el verdadero impacto del niño en la dinámica familiar y le sensibiliza para la valoración de las experiencias humanas y compasión por el dolor del otro.

REFERÊNCIAS

- 1- Pontes AC, Leitão IMTA, Ramos IC. Therapeutic communication in nursing: Essential instrument of care. *Rev Bras Enferm.* 2008;61(3): 312-318.
- 2- Pimenta EAG, Collet N. Dimension of nursing and family care to hospitalized children: Conceptions of nursing. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(3): 622-629
- 3- Santos LF, Oliveira LMAC, Munari DB, Peixoto MKAV, Silva CC, Ferreira ACM, Nogueira ALG. Support group as a strategy for nursing care for the families of hospitalized newborns. *Revista Eletrônica de Enfermagem.* 2012;14(1): 42-49.
- 4- Murakami R, Campos CJG. Importance of interpersonal relationship of the nurse with the family of hospitalized children. *Rev Bras Enferm.* 2011;64(2): 254-260.
- 5- Soares MF, Leventhal LC. The relationship between the nursing team and the nursing aid that monitors the hospitalized child: Ease aspects and difficulties. *Ciênc. Cuid. Saúde.* 2008;7(3): 327-332.
- 6- Angelo M, Moreira PL, Rodrigues LMA. Uncertainties in the childhood cancer: Understanding the mother's needs. *Esc. Anna Nery.* 2010;14(2):301-308.
- 7- Bardin L. Content Analysis. Lisboa: Edições 70. 2010.
- 8- Maldonado MT, Canella P. Resources relationship to health professionals: a good communication with clients and their families in medical offices, clinics and hospitals. Rio de Janeiro: Reichamann & Affonso. 2003.
- 9- Casey A, Wallis A. Effective communication: Principle of Nursing Practice E. *Nursing Standard.* 2011;25(32); 35-37.
- 10- Oriá MOB, Moraes LMP, Victor JF. Communication as a nurse tool for emotional care to the hospitalized client. *Revista Eletrônica de Enfermagem.* 2004;6(2): 292-297.
- 11- Santos LF, Marinho KC, Oliveira RR, Siqueira KM, Oliveira LMAC, Peixoto MKAV, Salge AKM. Being the mother of a child with cancer: A phenomenological investigation. *Rev Enferm. UERJ.* 2011;19(4): 626-631.
- 12- Araújo YB, Collet N, Moura FM, Nóbrega RD. Family knowledge about the chronic condition in childhood. *Texto Contexto Enferm.* 2009;18(3): 498-505.
- 13- Micalizzi DA, Bismark DA. The Heart of Health Care: Parents' Perspectives on Patient Safety. *Pediatric Clinics of North America.* 2012;59(6): 1233-1246.
- 14- Silva MAS, Collet N, Silva KL, Moura FM. The everyday of the family in coping with a chronic condition on infants. *Acta paul. enferm.* 2010;23(6): 359-365.
- 15- Côa TF, Pettengill MAM. The vulnerability experienced by the family of children hospitalized in a pediatric intensive care unit. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(4): 825-832.
- 16- Alves AM, Gonçalves CSF, Martins MA, Silva ST, Auwerter TC, Zagonel IPS. The effectiveness of the solidary care ahead of events that follow the chronicle illness process of the hospitalized child. *Revista Eletrônica de Enfermagem.* 2006;8(2): 192-204.
- 17- Hamilton SJ, Martin DJ. Clinical Development: A framework for effective communication skills. *Nursing Times.net.* 2007;103; 30-31.
- 18- Oliveira RR, Santos LF, Marinho KC, Cordeiro JABL, Salge AKM, Siqueira KM. Being a mother of a child with cancer on drug therapy: A phenomenological analysis. *Ciênc. Cuid. Saúde.* 2010;9(2): 374-382.
- 19- Araújo MMT, Silva MJP, Puggina ACG. Nonverbal communication as an iatrogenic factor. *Revista Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(3): 419-425.

- 20- Heyland DK, Allan DE, Rocker G, Dodek P, Pichora D, Gafni A. Discussing prognosis with patients and their families near the end of life: impact on satisfaction with end-of-life care. *Open Med.* 2009;3(2): 101-110.
- 21- Noreña Penã AL, Cibanal Juan L. The experience of hospitalized children regarding their interactions with nursing professionals. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2011;19(6): 1429-1436.
- 22- Department of Health (2010). *Essence of Care 2010: Benchmarks for Communication.* <http://bit.ly/hloYlx> (Last accessed: Oct 29 2013.)
- 23- Morais GSN, Costa SFG, Fontes WD, Carneiro AD. Communication as a basic instrument in providing humanized nursing care for the hospitalized patient. *Acta paul. enferm.* 2009;22(3): 323-327.
- 24- Costa JB, Mombelli MA, Marcon SS. Evaluation of the psychological suffering of the mother who rooms in with her child at a pediatric hospital. *Estud. psicol. (Campinas).* 2009;26(3), 317-325.
- 25- Chapman KB. Improving Communication Among Nurses, Patients, and Physicians. *American Journal of Nursing.* 2009;109(11): 21-25.
- 26- Silveira AO, Angelo M, Martins SR. Child's illness and hospitalization: Identifying family's skills. *Rev. enferm. UERJ.* 2008;16(2): 212-217
- 27- Thomazine AM, Passos RS, Bay OG, Collet N, Oliveira BRG. Nursing care to the hospitalized child: One has rescued description. *Ciênc. cuid. saúde.* 2008;7(Supl.1): 145-152.

Recibido: 29 de octubre de 2013; Aceptado: 11 de enero de 2014

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia