














Comunicación e interacción familiar por videollamadas: reflexión ante la pandemia COVID-19

Family communication and interaction by video calls: Reflection on the COVID-19 pandemic

Yurley Dayanna Valencia-Barón^{1*}  ; Jennifer Vanesa Acosta-Barón¹  ; Luisa Yaneth Cristancho-Zambrano¹  ; Liliana Andrea Mora-Rico¹  ; Juliana Alexandra Hernández-Vargas²  ; Lyda Z. Rojas¹  

*yurleyvalencia@fcv.org

Forma de citar: Valencia Barón YD, Acosta Barón JV, Cristancho Zambrano LY, Mora Rico LA, Hernández Vargas JA, Rojas LZ. Comunicación e interacción familiar por videollamadas: reflexión ante la pandemia COVID-19. Salud UIS. 2022; 54: e22054. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.54.e:22054> 

Palabras clave: Comunicación; Relaciones familiares; Aislamiento de pacientes; Hospitalización; Infecciones por Coronavirus.

Síntesis de contenido

La comunicación es un proceso fundamental en toda relación social ya que es el mecanismo que regula y hace posible la interacción entre las personas¹. En los ambientes de hospitalización, el personal de salud tiene una alta carga laboral y un ritmo de trabajo acelerado; sin embargo, la comunicación con los pacientes y sus familias no puede ser limitada, por el contrario, debe ser constante, veraz, razonada y siempre adecuada a la capacidad de comprensión del receptor, debe mostrar empatía y brindar la información necesaria^{2,3}. Las teoristas en enfermería Hildegard Peplau, Joyce Travelbee e Imogene King coinciden en que la comunicación es una pieza fundamental para mantener las relaciones interpersonales durante el proceso de cuidado ya que permite identificar los objetivos, necesidades y valores del paciente con el fin de proporcionar cuidados con humanidad y calidad⁴.

La enfermedad grave por coronavirus 2019 (COVID-19) ha ejercido presión sobre los hospitales y los proveedores de atención médica en todo el mundo debido a varios factores, como la necesidad de implementar medidas de aislamiento y distanciamiento social en un periodo de tiempo corto. Esta situación ha generado estrés emocional y un incremento de la carga laboral de los profesionales de la salud, especialmente del personal de enfermería⁵. Además ha ocasionado un fuerte impacto en los procesos de comunicación con los pacientes y sus familias, debido a la abrupta adaptación de las formas de interacción social, sumadas a la incertidumbre por el estado de salud de los pacientes (críticos, intubados e inconscientes) y las condiciones propias del sistema sanitario⁶. Tratar las emociones, ha sido tan importante como transmitir la información sobre el diagnóstico y el pronóstico; detectarlas y reconocerlas como legítimas ha permitido generar confianza y establecer una mejor alianza terapéutica. Las familias de los pacientes, en especial de las unidades de cuidado intensivo (UCI), valoran la cercanía y las habilidades de comunicación tanto o más que la experticia clínica⁷.

¹ Fundación Cardiovascular de Colombia. Floridablanca, Santander

² Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Bogotá, Colombia

El uso de plataformas y aplicaciones tecnológicas que combinan audio y video, y permiten realizar videollamadas como medio de interacción social digital⁸, fueron unas de las estrategias implementadas para disminuir las brechas de la comunicación ocasionadas por la pandemia por COVID-19 en varias instituciones y centros de atención en salud a nivel mundial. Son útiles porque ayudan a los pacientes y sus familias a enfrentar mejor sus experiencias hospitalarias dentro de este contexto⁹⁻¹² incluida la experiencia de muerte^{8,13}, además de simular una comunicación real de cara a cara. Estas plataformas o aplicaciones se encuentran ampliamente disponibles, con opción de acceso gratuito y son fáciles de usar¹⁴.

En consecuencia, Burshtein and Powers¹⁵ evaluaron la efectividad del programa “Connect” que brindó a las familias, cuidadores y otras personas importantes, la oportunidad de visitar virtualmente y mantener la conexión con los pacientes hospitalizados durante la primera ola de la pandemia de COVID-19. Esto logró evidenciar que los participantes estaban satisfechos con la mejora de la conectividad por parte del programa ya que brindó una alternativa adecuada a las visitas limitadas al hospital, apoyo emocional, paz y cierre en situaciones del final de la vida. Asimismo, los participantes estaban satisfechos con el personal de experiencia del paciente y recomendarían el programa, hicieron una evaluación general de “buena” (Media=3,26±0,10; Rango 3,12 - 3,37) e indicaron un grado de satisfacción de moderado a alto. De forma semejante Dhahri *et al.*¹⁶ determinaron el impacto de las visitas virtuales (videollamadas) entre el personal de salud y los seres queridos de los pacientes; recopilaron datos cualitativos sobre la experiencia de las videollamadas de familiares y el personal a través de una dirección de correo electrónico de retroalimentación abierta y práctica reflexiva. De 1009 visitas virtuales realizadas, se recibieron 138 comentarios (78,3 % de familiares y 21,7 del personal de salud). Los comentarios abarcaron cinco temas: factores apreciativos (93,5 %), habilidades organizativas (31,9 %), cuidados paliativos (27,5 %), comunicación del personal (10,1 %) y problemas de proceso de videollamada (7,9 %). El 94,9 % de los comentarios fueron positivos (84,7 % por parte de los familiares y 15,3 % del personal de salud). Los comentarios negativos fueron mayores en el personal de salud, principalmente relacionados con las emociones abrumadoras, tensión emocional y situaciones difíciles que han experimentado.

Cabe resaltar que, así como el uso de las videollamadas ha representado varios beneficios, a su vez, se convierte en un reto superar algunos riesgos potenciales que implica su utilización, el más importante es el resguardo de seguridad digital, garantizar la confidencialidad y privacidad del paciente y su familia durante su implementación⁸. En Colombia, la Resolución de la Comisión de Regulación de Comunicaciones 4986 de 2016¹⁷ regula y establece la obligación para los proveedores de redes y/o servicios de telecomunicaciones, que ofrezcan acceso a internet, de implementar modelos que contribuyan a mejorar la seguridad de sus redes de acceso, de acuerdo con los marcos de seguridad definidos por la Unidad Internacional de Telecomunicaciones (UIT). Lo anterior, permite a las instituciones de salud, cumplir con los principios de integridad de datos y disponibilidad de los elementos de red, así como medidas para la autenticación y el acceso de la información.

Otro riesgo a tener en cuenta son las cargas emocionales, la ansiedad, el dolor, la incertidumbre y desesperanza. Algunos estudios han demostrado que pueden existir daños emocionales y psicológicos para las familias e incluso, en mayor grado para los profesionales de salud implicados durante las videollamadas, especialmente cuando los pacientes reciben atención en la etapa de final de vida. Para mitigar el riesgo de daño psicológico al personal de salud, es necesario desarrollar programas de capacitación y tutoría de habilidades de comunicación terapéutica¹⁵.

Los profesionales de enfermería han cumplido un rol importante para afrontar la pandemia por medio del cuidado directo de los pacientes en la primera línea de atención. Sin embargo, también han sido partícipes en el desarrollo de nuevas estrategias implementadas por las instituciones y el Gobierno. El uso de las videollamadas en los ambientes de hospitalización por COVID- 19 podría ser una intervención centrada en el cuidado del paciente y su familia; y usualmente está a cargo del personal de enfermería¹⁸. Además, cabe resaltar que estas necesidades son también imprescindibles en cualquier tipo de pacientes en condición de hospitalización prolongada o aislamiento, donde el distanciamiento y el deterioro familiar también son evidentes¹⁹. No obstante, el uso de las videollamadas no debe ser arbitrario, debe enfocarse en el mantenimiento de la integridad familiar mediante la comunicación rutinaria, predecible y estructurada⁶, se deben considerar diferentes aspectos para su implementación incluidas las barreras, beneficios, recursos disponibles, entre otros, sobre los que reflexionaremos a continuación.

En consideración con lo expuesto, el objetivo del presente documento es describir los cuidados de enfermería para el mantenimiento de la comunicación e interacción familiar mediante videollamadas, como una reflexión ante la pandemia COVID-19.

Diagnósticos de enfermería

Durante la hospitalización de una persona en contextos usuales de atención, muchas familias sufren un proceso de distanciamiento provocado por diferentes factores que disminuyen la probabilidad de visitar con regularidad a la persona enferma, algunos de estos son: las obligaciones laborales, tensión financiera, responsabilidades de cuidado de otros familiares, la separación geográfica y la misma condición de salud del paciente^{19,20}. Estas barreras son aún más relevantes para familias de bajos recursos económicos y aquellas que residen en zonas rurales, porque deben viajar grandes distancias para realizar las visitas, situación que es muy usual en países donde la atención médica se centra en las grandes ciudades.

El distanciamiento sumado a la condición de encontrarse en un entorno desconocido, genera un deterioro de la comunicación con los seres queridos, interrupción de los roles y rutinas diarias familiares, además de estados de estrés personal, aumento de la incertidumbre, angustia, ansiedad y sentimientos de soledad, no solo en los pacientes²¹⁻²⁴, sino también en los familiares^{25,26}. El panorama anterior, no es muy distante de la situación actual generada por la pandemia del COVID-19, a la que se suman estados de distanciamiento y aislamiento mucho más estrictos.

Teniendo en cuenta lo anterior, las videollamadas podrían ser implementadas en cualquier tipo de paciente y su familia cuando deban experimentar un proceso de distanciamiento debido a una hospitalización prolongada por patologías crónicas como el cáncer, ingreso en unidades de cuidados intensivos pediátricos o de adultos donde las visitas son restringidas; aislamiento por diferentes tipos de enfermedades infecto-contagiosas, pacientes que se encuentran en centros de residencia de larga estancia como los adultos mayores o personas con enfermedades psiquiátricas. Con el fin de orientar el cuidado en estos contextos, los diagnósticos de enfermería propuestos son los siguientes:

- a) “Disposición para mejorar los procesos familiares [00159]” definido como la disposición de funcionamiento familiar, que es suficiente para mantener el bienestar de los miembros de la familia y que se puede reforzar. Evidenciado por los deseos de mejorar el patrón de comunicación y la resiliencia familiar, así como la adaptación de la familia a los cambios²⁷.
- b) “Riesgo de soledad [00054]” definido como la susceptibilidad a experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de aumentar el contacto con los demás y que puede comprometer la salud. Evidenciado por los factores de riesgo de aislamiento físico y social y la privación afectiva y emocional²⁷.

Intervenciones y actividades de enfermería

El auge de la utilización de las videollamadas durante la pandemia del COVID-19 generó una mayor disponibilidad de plataformas y aplicaciones que ampliaron sus paquetes de herramientas, incluso de forma gratuita¹⁷. Los beneficios observados en el uso de videollamadas entre los pacientes y sus familias abarcan la reducción de la distancia percibida y el tiempo para recibir y brindar los informes sobre el estado de salud, incremento del nivel de satisfacción en la comunicación con los familiares y fortalecimiento de la comunicación no verbal por su componente doble de audio-video²⁸⁻³³, aspecto de gran importancia para el caso de personas con discapacidad auditiva. Además, durante la pandemia por COVID-19, el uso de las videollamadas permitió mejorar la calidad de la atención para la familia en las experiencias de muerte de los pacientes^{8,13}.

En consideración con los beneficios anteriormente descritos, se sugieren las siguientes intervenciones y actividades de enfermería³⁴ para implementar adecuadamente las videollamadas como estrategia de actuación frente a los diagnósticos propuestos previamente. Estas se muestran ordenadas en 4 fases según el proceso de implementación sugerido en el presente artículo para realizar las videollamadas, enunciando las recomendaciones basadas en la literatura con su correspondiente fuente bibliográfica. Las fases son: “fase 1: preparación de la videollamada”, “fase 2: construcción de la simpatía y comunicación”, “fase 3: fortalecimiento de la integridad familiar y “fase 4: enfrentamiento del duelo” (**Tabla 1**).

Tabla 1. Proceso de implementación de videollamadas con intervenciones y actividades de enfermería.

FASE 1: PREPARACIÓN DE LA VIDEOLLAMADA	
Mantenimiento de los procesos familiares³⁴	
Definición: animar a establecer un contacto continuado con los familiares.	
Actividades NIC³⁴	Recomendación/Referencias
Animar al paciente a establecer un contacto continuado con los familiares.	<p>Los profesionales de salud deben reconocer la comunicación como parte fundamental de la atención humanística¹⁴. Por lo tanto, se deben animar y brindar a los pacientes la oportunidad de permanecer el contacto con sus seres queridos durante los procesos de hospitalización o aislamiento¹⁸.</p> <p>Los miembros de la familia deben recibir información sobre el estado de la salud del paciente al menos una vez al día, más a menudo en caso de un deterioro inesperado de sus condiciones. Sin embargo, siempre debe evaluarse la capacidad del paciente para participar en ello y respetar sus preferencias para incluir o no a sus seres queridos.</p> <p>La información debe proporcionarse diariamente con las herramientas tecnológicas acordadas entre las instituciones, profesionales de la salud y la familia⁶.</p>
Proporcionar mecanismos para la comunicación con los familiares.	<p>La implementación de las videollamadas implica la disponibilidad de dispositivos electrónicos (celulares o tabletas) que pueden ser financiados por las instituciones o dado el caso, adquirirse mediante estrategias de donaciones o financiamientos externos¹⁴.</p> <p>La seguridad digital debe ser aplicada en el uso de las videollamadas según la normativa de cada país e institución que estén relacionadas con el uso personal y profesional de las aplicaciones para salvaguardar la privacidad del paciente y prevenir el abuso electrónico del manejo de datos en las instituciones de salud. El equipo de enfermería debe estar familiarizado con estas normativas y estar atentos para proteger la privacidad de los pacientes ante el uso indebido de los medios por parte de familiares, amigos y otras personas¹¹.</p> <p>Los dispositivos deben configurarse para restringir el acceso de los usuarios a otras aplicaciones durante la videollamada, mediante la configuración de las tabletas en “modo quiosco”, una función de uso común y disponible en Android “pantallas fijadas” o para los dispositivos iOS “acceso guiado”. Incluso, es posible que también deban establecerse restricciones del navegador¹⁴.</p> <p>Como los dispositivos se utilizarán con varios pacientes, la grabación y las capturas de pantalla deben desactivarse para que no se almacene ninguna información en el dispositivo. El personal de salud deberá verificar que todo se elimina del dispositivo después de cada uso¹⁴.</p> <p>En los dispositivos debe instalarse la plataforma de videollamadas que mejor convenga a la institución dependiendo de las características de cada una (Imagen 1)^{9,14}.</p>
Aumentar los sistemas de apoyo³⁴	
Definición: facilitar el apoyo del paciente por parte de la familiar, amigos y comunidad.	
Actividades NIC³⁴	Recomendación/Referencias
Determinar las barreras para el uso de sistemas de apoyo no utilizados o infrautilizados.	<p>Durante la preparación, es importante tener en cuenta la variedad de posibles barreras que puedan presentarse en el proceso de la videollamada y sus posibles estrategias de abordaje y apoyo (Tabla 2)^{18,35}</p> <p>En cuanto a los profesionales de la salud, una barrera a tener en cuenta es la angustia, incertidumbre y carga emocional que estos experimentan durante el proceso de comunicación de noticias serias con el paciente y la familia frente a situaciones de enfermedad grave. Sin embargo, la formación, capacitación y conocimientos sobre principios de la comunicación terapéutica, permiten al profesional innovar y adaptarse en estos aspectos³⁶.</p>
FASE 2: CONSTRUCCIÓN DE LA SIMPATÍA Y COMUNICACIÓN	
Fomentar la implicación familiar³⁴	
Definición: facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente.	
Actividades NIC³⁴	Recomendaciones/Referencias
Determinar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal de la familia.	<p>Determinar las condiciones y recursos con los que cuenta la familia para realizar la videollamada:</p> <p>Condiciones y recursos físicos^{6,9}</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acordar siempre un horario específico para la llamada. Esto evita expectativas y ansiedad por el momento de la llamada. • Antes de comenzar la llamada, verificar si el familiar está en un momento y lugar adecuado y preferiblemente apartado para llamar, sugerir que se detenga en un lugar tranquilo, sentado.

Comunicación e interacción familiar por videollamadas: reflexión ante la pandemia COVID-19

	<ul style="list-style-type: none">• Comprobar todo el equipo técnico antes de la llamada.• Informar que la videollamada será de corta duración.• Si el paciente se encuentra intubado, advertir que no se realicen preguntas abiertas.
	Condiciones y recursos emocionales^{6,9} <ul style="list-style-type: none">• Identificar las familias vulnerables (con ancianos, extranjeros, personas con trastornos mentales, niños) y proponer dar la información a una tercera persona en la casa, que puede actuar como intermediario.• Mostrar interés por el estado emocional de la familia, detectar y reconocer las emociones como legítimas, permiten crear confianza y alianza terapéutica.
Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado.	Fortalecer la relación profesional y personal con los pacientes y la familia genera más simpatía y confianza terapéutica. Los profesionales de la salud deben conocer los nombres y apellidos del paciente y el miembro de la familia que atenderá la llamada (persona de contacto), así como ser consciente de las condiciones médicas actuales del paciente y su historial clínico ^{6,9} . Al inicio de la llamada, se recomienda comenzar fuera del área de visión del paciente, presentarse a los familiares con el nombre completo y cargo, en un tono de voz claro y tranquilo. Se debe pedir hablar con el familiar de contacto, refiriéndose a él por nombre y apellidos y comprobando su parentesco con el paciente ^{6,9} .
Identificar las expectativas de los miembros de la familia respecto del paciente.	Preguntar qué sabe ya la familia y qué quiere saber con respecto al paciente ⁶ .
Animar a la familia a que se centre en cualquier aspecto positivo de la situación del paciente.	Informar a la familia que la videollamada será breve y debe basarse en aspectos positivos y alentadores. Es importante alimentar la esperanza en los pacientes y la familia, sin embargo, no se deben crear o fomentar expectativas poco realistas ^{6,9} .
Proporcionar información crucial a los miembros de la familia sobre el paciente y facilitar la comprensión de los aspectos médicos del estado del paciente.	Considerar si es oportuno hablar frente al paciente, de lo contrario, seguir manteniendo la distancia para brindar información a la familia en el siguiente orden ⁶ : <ol style="list-style-type: none">1. El personal médico deberá presentar gradualmente “una pieza a la vez” la evolución del estado clínico del paciente, con el fin de adaptar la información a las necesidades y el nivel de comprensión de los miembros de la familia.2. En caso de malas noticias, comenzar con una “advertencia” (p. ej. “debo advertirle que desafortunadamente”, “lastimosamente no tengo buenas noticias”).3. Usar oraciones simples y cortas con lenguaje común, evitando la jerga técnica y científica.4. No interrumpir si el familiar responde o está hablando y aceptar las respuestas sin mostrar impaciencia.5. Pedir a la persona que exprese sus dudas a través de preguntas abiertas (por ejemplo, «¿Hay algo más que le gustaría saber?»).6. Evitar las promesas en comunicaciones: las expectativas no cumplidas rompen el vínculo de confianza.7. Proporcionar pronósticos honestos en caso de preguntas o solicitudes explícitas del miembro de la familia, aclarando que el pronóstico es sólo una estimación y que éste podría cambiar.8. Recalcar a la familia que la atención del paciente siempre es la mejor posible. En caso de fallecimiento, aclarar que la asistencia nunca fue interrumpida, tanto en términos de proximidad física (p. ej., “Su esposo estaba aislado, pero no estuvo solo”), y en términos de cuidados paliativos³⁷.9. Finalizar la conversación asegurando de que si se presentan cambios clínicos importantes en el paciente, los miembros de la familia serán contactados inmediatamente por los profesionales de la salud.
FASE 3: FORTALECIMIENTO DE LA INTEGRIDAD FAMILIAR	
Estimulación de la integridad familiar³⁴	
Definición: favorecer la cohesión y unidad familiar	
Actividades NIC³⁴	Recomendaciones/Referencias
Proporcionar intimidad y facilitar una comunicación abierta entre los miembros de la familia.	Después de dar la información clínica del paciente a la familia y aclarar las dudas, es posible proponer que la llamada finalice con un espacio de intimidad, preguntado a los miembros de la familia: “¿quieren decirle al Sr. o Sra. [nombre del paciente] algunas palabras?” ³⁶ .

Si la familia y el paciente deciden tener este espacio, el profesional de salud debe mantenerse cerca para controlar las reacciones del paciente y de la familia, dado el caso que se presente una situación emocional muy intensa o se observen dificultades para adaptarse a la situación (negación, agresión). Si es posible, se sugiere tener el apoyo del psicólogo o trabajador social de la institución para actuar de manera oportuna en estos casos^{6,9}.

FASE 4: ENFRENTAMIENTO DEL DUELO

Apoyo espiritual³⁴

Definición: ayuda al paciente a sentir equilibrio y conexión con un poder sobrenatural

Actividades NIC ³⁴	Recomendaciones/Referencias
Concertar visitas con un consejero espiritual individual.	En el caso de gravedad o fallecimiento del paciente, promover solicitudes de asistencia religiosa y gestionar su adecuada implementación ^{6,9} .
Estar abierto a las expresiones de preocupación y sentimientos del individuo acerca de la enfermedad y la muerte.	<p>Aceptar las emociones del paciente y su familia, permaneciendo en silencio y escuchando⁹.</p> <p>En caso de muerte, considere hacer dos llamadas. En la primera, el médico puede notificar de manera clínica la muerte del paciente. En la segunda, otros profesionales del cuidado de la salud como una enfermera o psicólogo pueden ayudar a procesar el duelo en condiciones de distancia y aislamiento, comprobando los recursos emocionales de la familia y apoyándolos⁶.</p> <p>Despedida. Ofrecer nuevas vías de ejecución de sus rituales fúnebres y de despedida. Usar las nuevas tecnologías para las despedidas, el recuerdo, la memoria, el refuerzo positivo de familiares y amigos y el mantenimiento del recuerdo del difunto como parte imborrable de la vida de los mismos³⁸.</p>

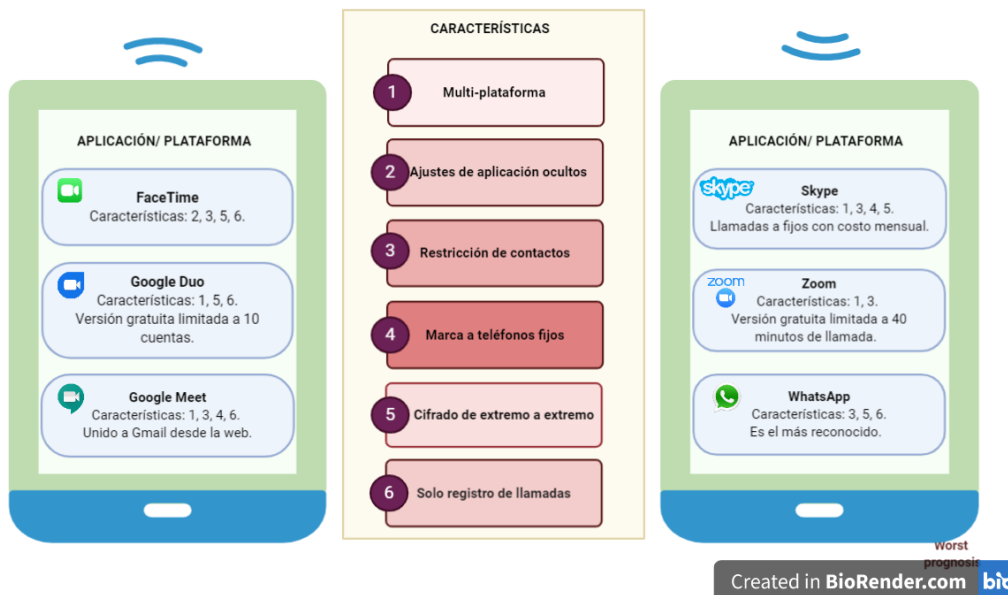


Imagen 1. Aplicaciones y plataformas para videollamadas y sus características.

Adaptada de: Fang J, Liu YT, Lee EY, Yadav K. Telehealth Solutions for In-hospital Communication with Patients Under Isolation During COVID-19. *West J Emerg Med.* 2020;21(4):801-806. doi: [10.5811/westjem.2020.5.48165](https://doi.org/10.5811/westjem.2020.5.48165).

¹ Multiplataforma: disponible y visible en varios sistemas operativos y diferentes dispositivos electrónicos.
² Ajustes de la aplicación ocultos: si los ajustes de la aplicación son visibles y editables por los pacientes, es necesario comprobarlos y restablecerlos manualmente después de cada uso.
³ Contactos restringidos: si una aplicación no puede restringir las llamadas solo a los contactos, para mantener la privacidad del paciente se deberá generar una nueva cuenta o contraseña para cada paciente. El único servicio gratuito que ofrece una restricción total es FaceTime.
⁴ Teléfonos fijos: los servicios que no ofrecen llamadas gratuitas a teléfonos fijos limitan la capacidad de llamar a un traductor o seres queridos sin teléfonos inteligentes o computadoras.
⁵ Cifrado de extremo a extremo: solo las personas en la conversación pueden ver o escuchar mensajes; ningún tercero puede descifrar los datos transmitidos, ni siquiera la empresa que fabrica el producto.
⁶ Solo registros de llamadas: las aplicaciones que permiten chats escritos generan registros de chat que, además de los registros de llamadas y las listas de contactos, deben eliminarse después del uso de cada paciente.

Tabla 2. Posibles barreras que pueden presentarse en el proceso de la videollamada y sus estrategias de abordaje.

Barreras	Estrategias de abordaje
Preferencias de comunicación poco claras o discordancia lingüística.	Evaluar la capacidad del paciente para participar, sus deseos y con cuáles familiares desea conversar.
Mala conexión a internet	Involucrar a voluntarios del área de tecnología y sistemas de la institución para ayudar a instalar el equipo para la videollamada; invitar a los miembros de la familia a unirse unos minutos antes de la reunión para realizar ajustes de conexión.
Los miembros de la familia o el paciente tienen conocimientos tecnológicos limitados.	Proporcionar instrucciones claras y adaptadas a todos los niveles de alfabetización, sobre el uso de la plataforma elegida para realizar las videollamadas. Designar 1 o 2 familiares como portavoces principales; los participantes deben silenciar o no hablar, o el líder debería silenciar a los demás.
Discapacidad auditiva.	Hablar despacio, comenzando las oraciones con el nombre de la persona, silenciar los dispositivos del hospital, usar audífonos y evitar gritar o exagerar la voz.
Discapacidad visual.	Asegurar el uso de gafas y una buena iluminación por parte del paciente.
Distracciones clínicas.	Informar a todo el equipo el momento en que realizará la videollamada, para configurar un ambiente adecuada y limitar las interrupciones. Silenciar teléfonos móviles y disponer del tiempo para realizar la videollamada.
Dificultad para establecer una relación o confianza cuando las interacciones son remotas.	Comunicarse puntualmente y con frecuencia, permitir la conversación entre los pacientes y las familias para establecer mayor confianza. Incluir al personal que trabaja con regularidad o que tiene relación establecida con los pacientes permanentemente.
Desilusión con las telecomunicaciones.	Utilizar declaraciones de deseo, por ejemplo, "Ojalá pudiera estar allí".
Los médicos pueden parecer distraídos.	Mirar a la cámara en lugar de a la pantalla y brindar breves respuestas verbales como "Sí" o "Continúa".
Las conversaciones pueden ser desorganizadas o difíciles de iniciar en la videollamada.	Considerar el uso de una agenda de llamadas diarias, estableciendo prioridades y de un marco o guía de comunicación. Mantener la guía en una pantalla separada como referencia durante las conversaciones.
Apoyo emocional no verbal limitado.	Escuchar y observar los signos verbales y físicos de angustia (ejemplo: llanto, pausas largas, preguntas repetidas); pausar con frecuencia para verificar la comprensión, indicar brevemente que está presente y escuchando.
Impresión de ser frío o robótico	El personal médico debe reconocer la dificultad del distanciamiento, tenga en cuenta lo siguiente: entender, respetar, apoyar, explorar y llamar por el nombre.

Adaptada de: Flint L, Kotwal A. The New Normal: Key Considerations for Effective Serious Illness Communication Over Video or Telephone During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *Ann Intern Med.* 2020;173(6):486-488. doi: [10.7326/M20-1982](https://doi.org/10.7326/M20-1982). Epub 2020 May 14.

Consideraciones finales

La situación actual de la pandemia evidenció el déficit de interacción y comunicación familiar de los pacientes que requieren aislamiento e incluso en los que pasan por un proceso de hospitalización común. Entre tanto, los profesionales de enfermería se han visto en la necesidad de mantener y fortalecer de manera intuitiva el vínculo familiar durante la práctica, haciendo uso de las videollamadas como una estrategia aliada al momento de reducir distancias, lo que se puede fundamentar bajo los conceptos que explican Hildegard Peplau, Joyce Travelbee e Imogene King sobre la importancia de la comunicación durante el proceso de cuidado.

Es importante resaltar que el mantenimiento de la interacción y comunicación del paciente con su familia mediante las videollamadas, no solo requieren buenas intenciones, sino también de una planificación y estructura bajo marcos conceptuales y científicos, tal como lo ofrece el cuidado de enfermería. Sin embargo, este cuidado se debe adaptar al entorno tecnológico de las videollamadas. Locsin y Purnell³⁹ describieron una visión del cuidado en un medio

tecnológico en su teoría, Competencia tecnológica como cuidado en enfermería (TCCN). Esta teoría de rango medio, ve la tecnología como una oportunidad complementaria que puede facilitar el conocimiento y la conexión³⁹. La competencia tecnológica de la enfermera se ve como otra forma de cuidar^{39,40}.

Todas estas bases conceptuales de la enfermería y los datos de impacto y efectividad obtenidos hasta el momento principalmente por la pandemia COVID-19, permiten que el uso de las nuevas tecnologías para la comunicación como las videollamadas, no estén lejos de lograr incorporarse en la práctica de atención en salud primaria, secundaria o terciaria, y así mejorar la calidad en la atención y las experiencias de pacientes, familias y profesionales de la salud ante las situaciones de enfermedad, muerte y duelo.

Referencias

1. Noreña A, Cibanal L, Alcaraz N. La interacción comunicativa en el cuidado de la salud. *Rev Esp Com Sal.* 2010; 1(2): 113-129.
2. Alba-Leonel A, Fajardo-Ortiz G, Tixtha E, Papaqui-Hernández J. La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México. *Enf Neurol.* 2012; 11(3): 138-141.
3. Marra A, Buonanno P, Vargas M, Iacovazzo C, Wesley E, Servillo G. How COVID-19 pandemic changed our communication with families: losing nonverbal cues. *Crit care.* 2020; 24(1): 297. doi: [10.1186/s13054-020-03035-w](https://doi.org/10.1186/s13054-020-03035-w)
4. Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería Universitaria.* 2015; 12(3):134-143. doi: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.004>
5. Albott CS, Wozniak JR, McGlinch BP, Wall MH, Gold BS, Vinogradov S. Battle Buddies: Rapid deployment of a psychological resilience intervention for health care workers during the COVID-19 Pandemic. *Anesth Analg.* 2020; 131(1): 43-54. doi: [10.1213/ANE.0000000000004912](https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004912)
6. Multidisciplinary Working Group “ComuniCovid”. How to communicate with families of patients in complete isolation during SARS-CoV-2 pandemic. *Recenti Prog Med.* 2020; 111(6): 357-367. doi: [10.1701/3394.33757](https://doi.org/10.1701/3394.33757)
7. Giannouli V, Mistraletti G, Umbrello M. ICU experience for patients’ relatives: is information all that matters?: Discussion on “A family information brochure and dedicated website to improve the ICU experience for patients’ relatives: an Italian multicenter before-and-after study”. *Intensive Care Med.* 2017; 43(5): 722-723. doi: [10.1007/s00134-017-4723-2](https://doi.org/10.1007/s00134-017-4723-2)
8. Billingsley L. Using Video Conferencing Applications to Share the Death Experience During the COVID-19 Pandemic. *J Radiol Nurs.* 2020. doi: [10.1016/j.jradnu.2020.08.001](https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2020.08.001)
9. Negro A, Mucci M, Beccaria P, Borghi G, Capocasa T, Cardinali M, et. al. Introducing the video call to facilitate the communication between health care providers and families of patients in the intensive care unit during COVID-19 pandemia. *Intensive Crit Care Nurs.* 2020; 60: 102893. doi: [10.1016/j.iccn.2020.102893](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102893)
10. Rubinelli S, Myers K, Rosenbaum M, Davis D. Implications of the current COVID-19 pandemic for communication in healthcare. *Patient Educ Couns.* 2020; 103(6):1067-1069. doi: [10.1016/j.pec.2020.04.021](https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.04.021).
11. Hado E, Friss L. Amid the COVID-19 Pandemic, Meaningful Communication between Family Caregivers and Residents of Long-Term Care Facilities is Imperative. *J Aging Soc Policy.* 2020; 32(4-5):410-415. doi: [10.1080/08959420.2020.1765684](https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1765684).
12. Rosenbluth G, Good B, Litterer K, Markle P, Baird J, Khan A, et al. Communicating Effectively With Hospitalized Patients and Families During the COVID-19 Pandemic. *J Hosp Med.* 2020;15(7):440-442. doi: [10.12788/jhm.3466](https://doi.org/10.12788/jhm.3466).
13. Estella A. Compassionate Communication and End-of-Life Care for Critically Ill Patients with SARS-CoV-2 Infection. *J Clin Ethics Summer.* 2020;31(2):191-193. PMID: 32585665
14. Fang J, Liu YT, Lee EY, Yadav K. Telehealth Solutions for In-hospital Communication with Patients Under Isolation During COVID-19. *West J Emerg Med.* 2020;21(4):801-806. doi: [10.5811/westjem.2020.5.48165](https://doi.org/10.5811/westjem.2020.5.48165).
15. Burshtein D, Powers D. An evaluation of the effectiveness of a unique patient experience response program that provided virtual, visual and emotional connectivity to patients and families during the COVID-19 crisis. *Patient Experience Journal.* 2021; 8(1):e1. doi: [10.35680/2372-0247.1567](https://doi.org/10.35680/2372-0247.1567).
16. Dhahri A, De Thabrew A, Ladva N, Pardoe H. The Benefits and Risks of the Provision of a Hospital-Wide High-Definition Video Conferencing Virtual Visiting Service for Patients and Their Relatives. *Cureus.* 2021; 13(2): e13435. doi: [10.7759/cureus.13435](https://doi.org/10.7759/cureus.13435).

17. Comisión de regulación de comunicaciones. Resolución 4986 de 2016. Bogotá, Colombia. Disponible en: https://normograma.info/crc/docs/resolucion_crc_4986_2016.htm<https://www.crcom.gov.co/resoluciones/00004986.pdf> (último acceso 23.02.2022).
18. Hart JL, Turnbull AE, Oppenheim IM, Courtright KR. Family-Centered Care During the COVID-19 Era. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60(2): e93-e97. doi: [10.1016/j.jpainsymman.2020.04.017](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.017).
19. Parsapour K, Kon A, Dharmar M, McCarthy A, Yang H, Smith A, et al. Connecting hospitalized patients with their families: Case series and commentary. *Int J Telemed Appl*. 2011; 804254. doi: [10.1155/2011/804254](https://doi.org/10.1155/2011/804254).
20. Epstein EG, Arechiga J, Dancy M, Simon J, Wilson D, Alhusen JL. Integrative Review of Technology to Support Communication With Parents of Infants in the NICU. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2017;46(3):357-366. doi: [10.1016/j.jogn.2016.11.019](https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.11.019).
21. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Marie L, Chevret S, Adrie C, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med*. 2007; 356(5):469-478. doi: [10.1056/NEJMoa063446](https://doi.org/10.1056/NEJMoa063446).
22. Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ. Family response to critical illness: postintensive care syndrome-family. *Crit Care Med*. 2012;40(2):618–624. doi: [10.1097/CCM.0b013e318236ebf9](https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318236ebf9).
23. Fakoya O, McCorry N, Donnelly M. Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. *BMC Public Health*. 2020;20(1):129. doi: [10.1186/s12889-020-8251-6](https://doi.org/10.1186/s12889-020-8251-6).
24. Van Orden KA, Bower E, Lutz J, Silva C, Gallegos AM, Podgorski CA, Santos EJ, Conwell Y. Strategies to Promote Social Connections Among Older Adults During ‘Social Distancing’ Restrictions. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2021;29(8):816-827. doi: [10.1016/j.jagp.2020.05.004](https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.05.004).
25. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver burden: A Clinical review. *JAMA*. 2014; 311(10):1052–1060. doi: [10.1001/jama.2014.304](https://doi.org/10.1001/jama.2014.304).
26. Woodward LJ, Bora S, Clark CA, Montgomery-Hönger A, Pritchard VE, Spencer C, et al. Very pre-term birth: Maternal experiences of the neonatal intensive care environment. *J Perinatol*. 2014; 34(7):555–61. doi: [10.1038/jp.2014.43](https://doi.org/10.1038/jp.2014.43).
27. NANDA. International nursing diagnoses: definitions and classification 2018-2020. Eleventh edition. USA. (New York): Thieme Medical Publishers, Inc, 2018.
28. Noone C, McSharry J, Smalle M, Burns A, Dwan K, Devane D, et al. Video calls for reducing social isolation and loneliness in older people: a rapid review. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2020;5(5):CD013632. doi: [10.1002/14651858.CD013632](https://doi.org/10.1002/14651858.CD013632).
29. Nicholas D, Fellner KD, Koller D, Fontana K, Brister L. Evaluation of Videophone Communication for Families of Hospitalized Children. *Soc Work Health Care*. 2011;50(3):215-29. doi: [10.1080/00981389.2010.531998](https://doi.org/10.1080/00981389.2010.531998).
30. Boman I, Rosenberg I, Lundberg S, Nygard L. First steps in designing a videophone for people with dementia: identification of users’ potentials and the requirements of communication technology. *Disabil Rehabil Assist Technol*. 2012;7(5):356-63. doi: [10.3109/17483107.2011.635750](https://doi.org/10.3109/17483107.2011.635750).
31. Schmidt KL, Gentry A, Monin JK, Courtney KL. Demonstration of facial communication of emotion through telehospice videophone contact. *Telemed J E Health*. 2011;17(5):399-401. doi: [10.1089/tmj.2010.0190](https://doi.org/10.1089/tmj.2010.0190).
32. Van der Ploeg, Eppingstall B, O’Connor D. Internet video chat (Skype) family conversations as a treatment of agitation in nursing home residents with dementia. *Int Psychogeriatr*. 2016;28(4):697-8. doi: [10.1017/S1041610215001854](https://doi.org/10.1017/S1041610215001854).
33. Herrera J, Santamaría AM, Piña IL, Herrera I, Mendieta H, Rueda JP. Nivel de satisfacción de familiares al recibir informes de pacientes a través de videollamadas. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2018;44(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000100005
34. Butcher H, Bulechek G, Dochterman J, Wagner C. Nursing Interventions Classification (NIC). Seventh edition. España (Madrid): Elsevier; 2018.
35. Flint L, Kotwal A. The New Normal: Key Considerations for Effective Serious Illness Communication Over Video or Telephone During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *Ann Intern Med*. 2020;173(6):486-488. doi: [10.7326/M20-1982](https://doi.org/10.7326/M20-1982).
36. Back A, Tulskey JA, Arnold RM. Communication Skills in the Age of COVID-19. *Ann Intern Med*. 2020 Jun 2;172(11):759-760. doi: [10.7326/M20-1376](https://doi.org/10.7326/M20-1376).
37. SIMEU-SPELL. La comunicazione dell’avvenuto decesso ai tempi del CoViD-19 – Linee Guida 2020 per gli Operatori Sanitari. Disponible en: <https://bit.ly/3btatNe> (ultimo acceso 16.10.2020).
38. Araujo M, García S, García E. Abordaje del duelo y de la muerte en familiares de pacientes con COVID-19: revisión narrativa. *Enferm Clin*. 2021; 31(1): S112-S116. doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.011>

39. Locsin RC, Purnell M. Advancing the theory of technological competency and caring in nursing: The universal technological domain. *Int J Hum Caring*. 2015;19(2):50-54. doi: [10.20467/1091-5710-19.2.50](https://doi.org/10.20467/1091-5710-19.2.50).
40. Koppel P, De Gagne JC. Exploring Nurse and Patient Experiences of Developing Rapport During Oncology Ambulatory Care Videoconferencing Visits: Protocol for Qualitative Study. *JMIR Res Protoc*. 2021;10(6):e27940. doi: [10.2196/27940](https://doi.org/10.2196/27940)