

ESREM-Vol.3. N1. 051

Estrategias alternativas de comunicación utilizadas en pacientes críticos conscientes sometidos a ventilación mecánica invasiva

Alternative communication strategies used in critically conscious patients undergoing invasive mechanical ventilation

Autores:

Darío Ismael Ganchozo Muñoz
Universidad Iberoamericana del Ecuador
Quito – Ecuador
dganchozom@est.unibe.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0000-0564-0582>

Diana Michelle Castro Ávila
Universidad Iberoamericana del Ecuador
Quito – Ecuador
dcastroa@est.unibe.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0009-1967-5810>

Cristian Guillermo Quilumba Sánchez
Universidad Iberoamericana del Ecuador
Quito – Ecuador
cquilumba@doc.unibe.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-9732-5762>

Autor de correspondencia: Darío Ismael Ganchozo Muñoz, dganchozom@est.unibe.edu.ec

Recepción: 07-marzo-2026

Aceptación: 18-mayo-2026

Publicación: 15-junio-2026

Cómo citar este artículo:

Ganchozo Muñoz, D. I. ., Castro Ávila, D. M. ., & Quilumba Sánchez, C. G. (2026). Estrategias alternativas de comunicación utilizadas en pacientes críticos conscientes sometidos a ventilación mecánica invasiva. *Sage Sphere Multidisciplinary Studies*, 3(1), 1-20. <https://doi.org/10.63688/6vv40w83>

© 2026; Los autores. Este es un artículo en acceso abierto, distribuido bajo los términos de una licencia Creative Commons (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>) que permite el uso, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original sea correctamente citada.



RESUMEN

La comunicación en pacientes críticos conscientes sometidos a ventilación mecánica invasiva representa un desafío clínico y humano en las unidades de cuidados intensivos, debido a la imposibilidad de expresión verbal ocasionada por la intubación orotraqueal o la traqueostomía. Esta revisión sistemática tuvo como objetivo analizar la evidencia científica disponible sobre las estrategias alternativas de comunicación utilizadas en estos pacientes. Se desarrolló una revisión sistemática conforme a las directrices PRISMA 2020, mediante búsqueda en PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL, Embase y Cochrane Library. Se incluyeron estudios publicados entre 2015 y 2025, disponibles a texto completo, en inglés, español o portugués. La revisión incorporó 22 estudios que abordaron estrategias como tableros de comunicación, escritura manual, gestos, sistemas aumentativos y alternativos de comunicación, tecnologías de seguimiento ocular, dispositivos electrónicos y válvulas fonatorias. Los hallazgos evidenciaron que estas estrategias favorecen la expresión de necesidades, reducen ansiedad y frustración, mejoran la satisfacción del paciente y fortalecen la relación terapéutica con el equipo de salud. No obstante, se identificaron barreras relacionadas con la falta de capacitación profesional, limitaciones tecnológicas, sobrecarga asistencial y ausencia de protocolos institucionales. Se concluye que la comunicación alternativa debe considerarse una intervención clínica esencial en el cuidado crítico, ya que contribuye a la seguridad, humanización y participación activa del paciente consciente sometido a ventilación mecánica invasiva.

Palabras clave: ventilación mecánica invasiva, paciente crítico, comunicación alternativa, cuidados intensivos, enfermería crítica.

ABSTRACT

Communication in critically conscious patients undergoing invasive mechanical ventilation represents a clinical and human challenge in intensive care units, due to the impossibility of verbal expression caused by orotracheal intubation or tracheostomy. This systematic review aimed to analyze the available scientific evidence on the alternative communication strategies used in these patients. A systematic review was developed in accordance with the PRISMA 2020 guidelines, by searching PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL, Embase and Cochrane Library. We included studies published between 2015 and 2025, available in full text, in English, Spanish or Portuguese. The review incorporated 22 studies that addressed strategies such as communication boards, handwriting, gestures, augmentative and alternative communication systems, eye-tracking technologies, electronic devices, and phonatory valves. The findings showed that these strategies favor the expression of needs, reduce anxiety and frustration, improve patient satisfaction, and strengthen the therapeutic relationship with the health team. However, barriers related to lack of professional training, technological limitations, care overload, and absence of institutional protocols were identified. It is concluded that alternative communication should be considered an essential clinical intervention in critical care, since it contributes to the safety, humanization and active participation of the conscious patient undergoing invasive mechanical ventilation.

Keywords: invasive mechanical ventilation, critical patient, alternative communication, intensive care, critical nursing.



1. INTRODUCCIÓN

La comunicación constituye una necesidad humana fundamental y un componente esencial del cuidado integral en las unidades de cuidados intensivos. En pacientes críticos conscientes sometidos a ventilación mecánica invasiva, la presencia del tubo endotraqueal o de la traqueostomía limita la expresión verbal y dificulta la interacción con el personal sanitario, lo que afecta el bienestar emocional, psicológico y clínico del paciente (ten Hoorn et al., 2016). Esta condición puede generar ansiedad, frustración, impotencia y sensación de aislamiento, además de impedir que el paciente exprese dolor, necesidades básicas o decisiones relacionadas con su tratamiento (Carruthers et al., 2017).

Las barreras comunicativas en cuidados intensivos no solo afectan la experiencia subjetiva del paciente, sino también la calidad y seguridad del cuidado. Cuando el paciente no logra comunicar síntomas, incomodidades o cambios en su estado físico, aumenta el riesgo de retrasos en la atención, dificultades en la relación terapéutica y menor satisfacción con el proceso asistencial. Por ello, la comunicación debe ser comprendida como una intervención clínica relevante dentro del cuidado crítico, especialmente en personas conscientes que conservan la capacidad de comprender su entorno, pero no pueden expresarse verbalmente debido al soporte ventilatorio invasivo.

En este contexto, el personal de enfermería cumple un papel central, debido a su contacto continuo con el paciente y su responsabilidad en la identificación de necesidades físicas, emocionales y comunicativas. La comunicación terapéutica permite reconocer molestias, disminuir la angustia y favorecer la participación del paciente en el cuidado. Sin embargo, su efectividad depende de la disponibilidad de estrategias adecuadas, de la capacitación del equipo de salud y de la existencia de protocolos institucionales que orienten su aplicación en las unidades de cuidados intensivos.

Entre las principales estrategias alternativas de comunicación se encuentran los tableros con imágenes o palabras, la escritura manual, la lectura labial, los sistemas aumentativos y alternativos de comunicación, los dispositivos electrónicos, las tecnologías de seguimiento ocular y las válvulas fonatorias en pacientes traqueostomizados. Estas herramientas buscan facilitar la expresión de necesidades, fortalecer la autonomía del paciente y mejorar la relación entre el equipo sanitario, el paciente y la familia. La evidencia reciente señala que



su implementación puede contribuir a reducir la ansiedad, mejorar la satisfacción del paciente y favorecer una atención más humanizada (Patak et al., 2020; Zaga et al., 2022).

A pesar de estos avances, la incorporación de estrategias alternativas de comunicación continúa siendo limitada en varios entornos hospitalarios. Entre las principales barreras se encuentran la falta de capacitación del personal, la escasa disponibilidad de recursos tecnológicos, la sobrecarga asistencial y la ausencia de protocolos estandarizados para seleccionar la estrategia más adecuada según el estado clínico, cognitivo y motor del paciente (Miglietta et al., 2018). Esta situación evidencia la necesidad de sintetizar la evidencia científica disponible para orientar la práctica clínica y fortalecer la humanización del cuidado en pacientes críticos conscientes sometidos a ventilación mecánica invasiva.

Por ello, la presente revisión sistemática tuvo como objetivo analizar la evidencia científica disponible sobre las estrategias alternativas de comunicación utilizadas en pacientes críticos conscientes sometidos a ventilación mecánica invasiva. En este sentido, la pregunta de investigación planteada fue: ¿cuáles son las estrategias alternativas de comunicación más utilizadas y efectivas en pacientes críticos conscientes sometidos a ventilación mecánica invasiva?

2. METODOLOGÍA

La presente investigación correspondió a una revisión sistemática de la literatura, desarrollada conforme a las recomendaciones de la declaración PRISMA 2020, la cual orienta la identificación, selección, evaluación y síntesis de estudios científicos en revisiones sistemáticas. La pregunta de investigación se estructuró mediante la estrategia PICO: la población (P) estuvo conformada por pacientes críticos adultos conscientes sometidos a ventilación mecánica invasiva; la intervención (I) incluyó estrategias alternativas de comunicación; la comparación (C) correspondió a la atención convencional o ausencia de estrategias comunicativas específicas; y los resultados (O) se relacionaron con la efectividad comunicativa, satisfacción del paciente, reducción de ansiedad, participación en la toma de decisiones clínicas y humanización del cuidado.

La búsqueda bibliográfica se realizó entre enero y marzo de 2026 en las bases de datos PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL, Embase y Cochrane Library. Se utilizaron descriptores controlados Medical Subject Headings (MeSH), términos DeCS y palabras clave



relacionadas con ventilación mecánica, cuidado crítico, comunicación, comunicación aumentativa y alternativa, unidades de cuidados intensivos y barreras comunicativas. La estrategia de búsqueda principal fue: (“mechanical ventilation” OR “intubated patients”) AND (“communication” OR “augmentative communication” OR “AAC”) AND (“critical care” OR “intensive care unit” OR “ICU”). Los términos fueron adaptados según las características de búsqueda de cada base de datos.

Se incluyeron estudios publicados entre 2015 y 2025, en idioma inglés, español o portugués, disponibles a texto completo y que abordaran estrategias alternativas de comunicación en pacientes adultos críticos conscientes sometidos a ventilación mecánica invasiva. Se consideraron investigaciones cuantitativas, cualitativas y mixtas, siempre que presentaran información relacionada con intervenciones comunicativas, resultados clínicos, experiencia del paciente, satisfacción, ansiedad, participación en el cuidado o interacción terapéutica.

Aunque el periodo principal de análisis comprendió los años 2015 a 2025, se conservaron algunas fuentes anteriores a 2015 únicamente como antecedentes seminales, debido a su relevancia histórica y conceptual en el desarrollo de la comunicación terapéutica en pacientes ventilados. Estas fuentes no fueron consideradas como parte del análisis principal de resultados, sino como soporte teórico para contextualizar la evolución del tema y explicar el origen de algunas estrategias comunicativas utilizadas actualmente en cuidados intensivos.

Fueron excluidos los estudios que no abordaban directamente estrategias alternativas de comunicación en pacientes críticos conscientes con ventilación mecánica invasiva. También se excluyeron revisiones narrativas, editoriales, cartas al editor, protocolos de investigación, estudios pediátricos, investigaciones en pacientes con sedación profunda, alteraciones neurológicas severas que imposibilitaran la interacción comunicativa, artículos sin texto completo y estudios centrados en intervenciones clínicas no relacionadas con comunicación alternativa.

El proceso de búsqueda permitió identificar 1.245 registros potencialmente relevantes. Después de eliminar 267 registros duplicados, incompletos o no disponibles para revisión, se examinaron 978 títulos y resúmenes. De estos, 84 artículos fueron seleccionados para lectura a texto completo. Posteriormente, 62 estudios fueron excluidos por no cumplir con los criterios de elegibilidad: revisiones narrativas, cartas al editor, protocolos de investigación, estudios pediátricos, investigaciones sin relación directa con comunicación alternativa,



ausencia de texto completo o población no correspondiente al objetivo de la revisión. Finalmente, 22 artículos cumplieron con los criterios de inclusión y fueron incorporados en el análisis final.

La selección de los estudios se efectuó en dos fases. En la primera, dos revisores independientes examinaron los títulos y resúmenes para identificar investigaciones potencialmente elegibles. En la segunda fase, se revisaron los textos completos de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. Las discrepancias fueron resueltas mediante consenso entre los investigadores, priorizando la pertinencia temática, la coherencia metodológica y la correspondencia directa con la pregunta de investigación. El proceso de selección fue representado mediante un diagrama de flujo PRISMA 2020.

La extracción de datos incluyó información sobre autor, año, país, diseño metodológico, población o muestra, tipo de estrategia comunicativa utilizada, principales hallazgos y resultados clínicos asociados. Posteriormente, los estudios fueron organizados en una matriz de análisis, lo que permitió comparar las intervenciones identificadas y sintetizar la evidencia disponible sobre estrategias alternativas de comunicación en pacientes críticos conscientes sometidos a ventilación mecánica invasiva.

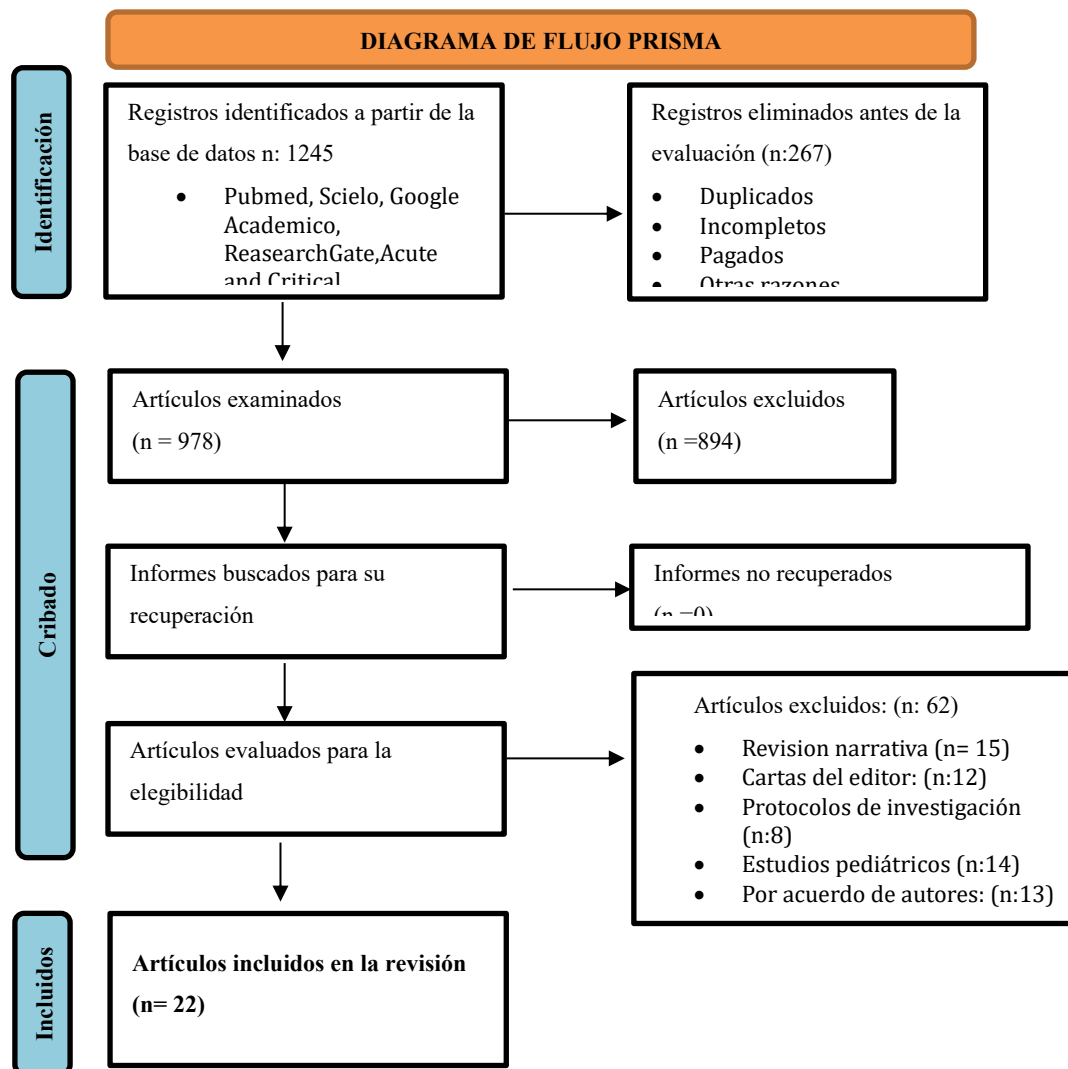
La calidad metodológica de los estudios incluidos fue evaluada mediante las herramientas de apreciación crítica del Joanna Briggs Institute, seleccionadas según el diseño metodológico de cada investigación. Esta evaluación permitió valorar la rigurosidad científica, la coherencia metodológica, la pertinencia de los resultados y el posible riesgo de sesgo de los estudios analizados.

Debido a la heterogeneidad de los diseños, poblaciones, intervenciones e instrumentos utilizados en los estudios incluidos, no fue posible realizar un metaanálisis. Por esta razón, los resultados fueron sintetizados mediante un análisis narrativo y comparativo, orientado a identificar las principales estrategias alternativas de comunicación, su efectividad clínica, las barreras de implementación y sus implicaciones para la práctica de enfermería en unidades de cuidados intensivos.

Figura 1

Diagrama PRISMA





Nota. Proceso de cribado para la obtención final de artículos para la revisión.

3. RESULTADOS

La revisión sistemática incluyó 22 estudios que cumplieron con los criterios de elegibilidad establecidos. La evidencia analizada permitió identificar un conjunto diverso de estrategias alternativas de comunicación utilizadas en pacientes críticos conscientes sometidos a ventilación mecánica invasiva. Estas estrategias se agruparon en cuatro categorías principales: métodos no tecnológicos, sistemas aumentativos y alternativos de comunicación, recursos tecnológicos asistidos y dispositivos orientados a la recuperación parcial de la voz. En primer lugar, los métodos no tecnológicos fueron los más frecuentes en los estudios revisados. Entre ellos destacaron los tableros de comunicación con palabras, imágenes o símbolos, la escritura manual, la lectura labial, los gestos y las respuestas mediante



movimientos de cabeza o manos. Estas estrategias fueron valoradas por su bajo costo, disponibilidad inmediata y facilidad de aplicación en unidades de cuidados intensivos. Sin embargo, su utilidad dependió del nivel de conciencia, la fuerza muscular, la movilidad de las extremidades y la capacidad de comprensión del paciente.

Los tableros de comunicación se identificaron como una de las herramientas más aplicadas en la práctica clínica, especialmente para expresar necesidades básicas, dolor, incomodidad, emociones y solicitudes relacionadas con el cuidado. Su uso favoreció la interacción entre el paciente y el personal sanitario, permitió respuestas más rápidas ante necesidades inmediatas y contribuyó a reducir la frustración asociada a la imposibilidad de hablar. No obstante, los estudios señalaron que su efectividad disminuye cuando el paciente presenta debilidad muscular marcada, fatiga, alteraciones visuales o dificultad para señalar opciones específicas. En segundo lugar, los sistemas aumentativos y alternativos de comunicación mostraron resultados favorables en la mejora de la expresión del paciente crítico consciente. Estos sistemas incluyeron ayudas estructuradas, materiales impresos, recursos visuales, dispositivos electrónicos y herramientas adaptadas a las condiciones clínicas del paciente. La evidencia revisada mostró que estas estrategias permitieron una comunicación más organizada, facilitaron la identificación de síntomas y fortalecieron la relación terapéutica con el equipo de salud. Además, su aplicación contribuyó a mejorar la satisfacción del paciente y a disminuir sentimientos de ansiedad, aislamiento e impotencia.

En tercer lugar, las tecnologías asistidas, como dispositivos electrónicos, comunicación asistida por computadora y sistemas de seguimiento ocular, ofrecieron mayores posibilidades de autonomía comunicativa. Estas herramientas resultaron especialmente útiles en pacientes con limitaciones motoras severas, debilidad adquirida en UCI o dificultad para utilizar métodos manuales. El seguimiento ocular permitió seleccionar letras, palabras o frases mediante movimientos de los ojos, lo que facilitó una comunicación más precisa en pacientes con movilidad reducida. A pesar de sus beneficios, los estudios coincidieron en que su implementación se ve limitada por el costo, la disponibilidad tecnológica, la necesidad de capacitación profesional y el tiempo requerido para adaptar el dispositivo a cada paciente.

En cuarto lugar, las válvulas fonatorias y otros dispositivos orientados a la recuperación parcial de la voz mostraron beneficios en pacientes traqueostomizados con estabilidad clínica. Estas estrategias favorecieron una comunicación más natural, mejoraron la



participación del paciente en las decisiones relacionadas con su cuidado y fortalecieron la interacción con familiares y profesionales de salud. Sin embargo, su uso requiere valoración individual, monitoreo constante y coordinación con el equipo multidisciplinario, debido a que no todos los pacientes ventilados cumplen las condiciones clínicas necesarias para utilizarlas de forma segura.

En relación con los resultados emocionales y asistenciales, los estudios revisados evidenciaron que las estrategias alternativas de comunicación contribuyeron a disminuir la ansiedad, la frustración y la sensación de aislamiento. Asimismo, favorecieron la satisfacción del paciente, la expresión de necesidades físicas y emocionales, la participación en la toma de decisiones clínicas y la percepción de un cuidado más humanizado. Estos hallazgos muestran que la comunicación no debe considerarse una acción secundaria dentro de la UCI, sino una intervención esencial para la seguridad, dignidad y bienestar del paciente crítico consciente.

También se identificaron barreras recurrentes para la implementación de estas estrategias. Las más frecuentes fueron la falta de capacitación del personal de enfermería, la ausencia de protocolos institucionales, la limitada disponibilidad de recursos tecnológicos, la sobrecarga laboral y la escasa integración de herramientas comunicativas en la rutina asistencial. Estas limitaciones afectaron la continuidad del uso de las estrategias y redujeron su aplicación sistemática en diferentes contextos hospitalarios.

En conjunto, los resultados evidencian que las estrategias alternativas de comunicación permiten mejorar la interacción terapéutica en pacientes críticos conscientes sometidos a ventilación mecánica invasiva. Las herramientas de bajo costo, como tableros, escritura manual y gestos, continúan siendo útiles por su accesibilidad; mientras que las tecnologías asistidas y los sistemas aumentativos ofrecen mayor precisión y autonomía en pacientes con mayor compromiso motor. Por tanto, la selección de la estrategia debe responder a las condiciones clínicas, cognitivas, motoras y emocionales de cada paciente.

Tabla 1

Matriz de extracción de datos de los estudios incluidos

Autor	País	Diseño metodológico	Población/muestra	Estrategia de comunicación	Principales resultados
-------	------	---------------------	-------------------	----------------------------	------------------------



ten Hoorn et al.	Países Bajos	Revisión sistemática	29 estudios	Métodos alternativos de comunicación	Mejóro la interacción terapéutica y la satisfacción del paciente.
Carruthers et al.	Reino Unido	Revisión sistemática	18 estudios	Herramientas de comunicación aumentativa y alternativa	Mejóro la comunicación y la relación terapéutica.
Freeman-Sanderson et al.	Australia	Ensayo clínico	30 pacientes	Válvula fonatoria	Favoreció la recuperación parcial de la voz.
Guttormson et al.	Estados Unidos	Estudio descriptivo correlacional	25 pacientes	Estrategias comunicativas de enfermería	Mejóro la percepción del cuidado recibido.
Holm y Dreyer	Dinamarca	Estudio cualitativo	20 pacientes	Comunicación no verbal	Redujo sentimientos de aislamiento.
Miglietta et al.	Estados Unidos	Estudio descriptivo	40 pacientes	Comunicación asistida por computadora	Favoreció la autonomía comunicativa.
Patak et al.	Estados Unidos	Estudio de revisión de evidencia	22 estudios	Tableros y tecnologías comunicativas en UCI	Mejóro la seguridad y participación del paciente.



Salem y Ahmad	Jordania	Revisión integrativa	15 estudios	Dispositivos electrónicos	Mejóro la satisfacción comunicativa.
Zaga et al.	Australia	Revisión sistemática	31 estudios	Herramientas de comunicación y voz	Incrementó la inteligibilidad comunicativa.
Costello et al.	Estados Unidos	Observacional	52 pacientes	Comunicación aumentativa y alternativa en UCI	Mejóro la participación del paciente.
Radtke et al.	Estados Unidos	Observacional	35 pacientes	Estrategias de comunicación aumentativa y alternativa	Disminuyó la ansiedad en UCI.
Happ et al.	Estados Unidos	Ensayo clínico	89 pacientes	Intervención de comunicación aumentativa y alternativa	Mejóro la calidad comunicativa.
Khalaila et al.	Israel	Descriptivo	65 pacientes	Métodos alternativos de comunicación	Disminuyó el distrés emocional.
Magnus y Turkington	Reino Unido	Descriptivo	18 pacientes	Tableros y escritura manual	Facilitó la expresión de necesidades básicas.



Broyles et al.	Estados Unidos	Cuantitativo	48 pacientes	Sistemas electrónicos	Incrementó la satisfacción del paciente.
Bartlett et al.	Canadá	Cualitativo	10 pacientes	Métodos alternativos de comunicación	Mejoró la experiencia hospitalaria.
Carroll	Estados Unidos	Estudio descriptivo	12 estudios	Métodos no verbales	Favoreció la interacción enfermero-paciente.
Carroll y Yendrek	Estados Unidos	Descriptivo	21 pacientes	Comunicación aumentativa	Facilitó la expresión emocional.
Wojnicki-Johansson	Suecia	Cualitativo	14 pacientes	Comunicación durante ventilación mecánica	Identificó barreras emocionales.
Leathart	Reino Unido	Cualitativo	16 pacientes	Comunicación enfermera-paciente	Mejoró la relación terapéutica.
Otuzoğlu y Karahan	Turquía	Cuasi experimental	60 pacientes	Tableros ilustrados	Facilitó la expresión de necesidades.
Happ et al.	Estados Unidos	Estudio de factibilidad	127 pacientes	Intervención comunicativa estructurada	Redujo ansiedad y frustración.

Nota. Elaboración propia a partir de los estudios incluidos en la revisión sistemática.

4. DISCUSIÓN



Los hallazgos de esta revisión sistemática evidencian que las estrategias alternativas de comunicación constituyen un componente esencial del cuidado en pacientes críticos conscientes sometidos a ventilación mecánica invasiva. Más allá de ser recursos complementarios, estas estrategias permiten responder a una necesidad clínica, emocional y ética: garantizar que el paciente conserve posibilidades de expresión durante una etapa de alta vulnerabilidad. En este sentido, los resultados coinciden con ten Hoorn et al. (2016), quienes señalan que la comunicación con pacientes ventilados requiere intervenciones estructuradas, adaptadas a la condición clínica y sostenidas por la participación activa del equipo de salud.

El análisis comparativo mostró que las estrategias no tecnológicas, como tableros de comunicación, escritura manual, gestos y lectura labial, continúan siendo las más accesibles en las unidades de cuidados intensivos. Su principal fortaleza radica en el bajo costo y en la facilidad de implementación inmediata, lo que las convierte en alternativas viables para contextos con recursos limitados. Sin embargo, su efectividad depende de condiciones físicas y cognitivas específicas, como fuerza muscular suficiente, capacidad de atención, visión conservada y posibilidad de señalar o escribir. Por tanto, aunque estas herramientas son útiles para comunicar necesidades básicas, pueden resultar insuficientes cuando el paciente presenta debilidad adquirida en UCI, fatiga extrema o limitaciones motoras severas.

En contraste, los sistemas aumentativos y alternativos de comunicación, junto con los dispositivos electrónicos y las tecnologías de seguimiento ocular, ofrecen mayores posibilidades de autonomía, precisión y complejidad comunicativa. Estos recursos permiten que el paciente exprese no solo necesidades fisiológicas, sino también emociones, molestias, decisiones y preferencias relacionadas con su cuidado. Esta diferencia es relevante porque la comunicación en UCI no debe limitarse a preguntas cerradas o respuestas básicas, sino que debe favorecer una interacción más amplia entre paciente, familia y equipo sanitario. No obstante, como advierten Miglietta et al. (2018), la disponibilidad tecnológica, el costo de los dispositivos y la necesidad de capacitación especializada siguen siendo barreras importantes para su incorporación sistemática.

Al comparar las estrategias tradicionales con las tecnológicas, se observa que ninguna intervención resulta universalmente superior. La utilidad de cada estrategia depende del estado clínico, nivel de conciencia, capacidad motora, tolerancia al esfuerzo, alfabetización,



idioma, apoyo familiar y recursos disponibles en la institución. Por ello, la selección de herramientas comunicativas debe realizarse de manera individualizada. Un tablero ilustrado puede ser suficiente para un paciente estable con movilidad conservada, mientras que un sistema de seguimiento ocular puede ser más pertinente en pacientes con debilidad severa o incapacidad para movilizar las extremidades. Esta interpretación coincide con Carruthers et al. (2017), quienes sostienen que la efectividad de la comunicación alternativa depende de la correspondencia entre la herramienta utilizada y las capacidades reales del paciente.

Otro aspecto relevante se relaciona con el impacto emocional de la comunicación. La imposibilidad de hablar durante la ventilación mecánica invasiva puede generar ansiedad, miedo, frustración, aislamiento y pérdida de control. En este punto, los resultados de la revisión coinciden con estudios que han descrito la comunicación limitada como una experiencia altamente angustiante para el paciente crítico consciente. La aplicación de estrategias alternativas permite reducir parte de esa carga emocional, ya que ofrece al paciente una vía para expresar dolor, incomodidad, temor o necesidades inmediatas. Sin embargo, el beneficio emocional no depende únicamente de la herramienta, sino también de la actitud del personal sanitario, del tiempo disponible para escuchar y de la sensibilidad clínica para interpretar los mensajes del paciente.

Desde la perspectiva de enfermería, los hallazgos refuerzan la necesidad de comprender la comunicación como una intervención propia del cuidado crítico. El personal de enfermería mantiene contacto continuo con el paciente y suele ser el primer receptor de sus necesidades comunicativas. Por ello, su rol no se limita a facilitar un tablero o un dispositivo, sino que implica valorar la capacidad comunicativa, seleccionar la estrategia más adecuada, verificar la comprensión del mensaje y acompañar emocionalmente al paciente. Esta función adquiere mayor importancia en contextos donde los recursos tecnológicos son limitados, ya que la calidad de la interacción humana puede compensar parcialmente la ausencia de herramientas avanzadas.

La revisión también permite identificar una brecha entre la evidencia disponible y la práctica clínica habitual. Aunque los estudios analizados reconocen beneficios en la satisfacción, seguridad y participación del paciente, la implementación de estrategias comunicativas sigue siendo irregular. Esto puede explicarse por la ausencia de protocolos institucionales, la falta de formación específica y la priorización de intervenciones biomédicas sobre dimensiones



comunicativas y emocionales del cuidado. En consecuencia, la comunicación suele depender de la iniciativa individual del profesional y no de una política institucional consolidada. Esta situación limita la continuidad del cuidado y aumenta la variabilidad en la atención recibida por los pacientes ventilados.

En términos contextuales, la mayor parte de la evidencia proviene de países con altos niveles de desarrollo tecnológico y mayor disponibilidad de recursos hospitalarios. Esto limita la generalización de los hallazgos a instituciones de América Latina, donde las unidades de cuidados intensivos pueden enfrentar restricciones presupuestarias, déficit de personal, escasa capacitación en comunicación aumentativa y menor acceso a dispositivos especializados. Por tanto, la implementación de estas estrategias en contextos latinoamericanos requiere priorizar herramientas de bajo costo, protocolos simples, capacitación práctica del personal y adaptación cultural de los materiales comunicativos.

Las válvulas fonatorias representan una estrategia particular dentro del conjunto de intervenciones identificadas, debido a que buscan recuperar parcialmente la voz en pacientes traqueostomizados. Su ventaja principal es que favorecen una comunicación más natural y directa; sin embargo, no todos los pacientes son candidatos para su uso. Esta intervención exige estabilidad clínica, evaluación respiratoria, coordinación interdisciplinaria y monitoreo continuo. Por ello, su aplicación debe considerarse dentro de protocolos específicos y no como una medida generalizable para todos los pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva.

Una limitación importante de la evidencia revisada es la heterogeneidad metodológica de los estudios incluidos. Se observaron diferencias en diseños, tamaños muestrales, instrumentos de evaluación, tipos de intervención y resultados medidos. Esta variabilidad dificulta establecer conclusiones definitivas sobre la superioridad de una estrategia frente a otra. Además, varios estudios se centran en percepciones de pacientes o profesionales, mientras que otros evalúan satisfacción, ansiedad, participación o seguridad, lo que impide realizar comparaciones homogéneas. Por esta razón, se justifica la necesidad de desarrollar investigaciones multicéntricas, con diseños más robustos y criterios de medición estandarizados.

En conjunto, la evidencia analizada permite sostener que las estrategias alternativas de comunicación mejoran la interacción terapéutica, favorecen la humanización del cuidado y



fortalecen la participación del paciente crítico consciente en su proceso asistencial. Sin embargo, su efectividad depende de una implementación planificada, individualizada y sostenida por el equipo de salud. La comunicación en pacientes ventilados no debe asumirse como una acción espontánea, sino como una intervención clínica esencial que requiere protocolos, capacitación, recursos adecuados y compromiso institucional.

5. CONCLUSIÓN

Las estrategias alternativas de comunicación constituyen intervenciones necesarias para mejorar la interacción terapéutica en pacientes críticos conscientes sometidos a ventilación mecánica invasiva. Su aplicación permite reducir las barreras generadas por la imposibilidad de hablar y favorece una atención más segura, humanizada y centrada en la persona.

Los tableros de comunicación, la escritura manual, los gestos y otros métodos no tecnológicos continúan siendo recursos útiles por su bajo costo y fácil implementación. No obstante, su efectividad depende de las condiciones físicas, cognitivas y motoras del paciente, por lo que deben seleccionarse de manera individualizada.

Los sistemas aumentativos y alternativos de comunicación, las tecnologías asistidas y los dispositivos de seguimiento ocular ofrecen mayores posibilidades de autonomía comunicativa, especialmente en pacientes con limitaciones motoras severas. Sin embargo, su uso requiere disponibilidad tecnológica, capacitación profesional y protocolos institucionales que orienten su aplicación segura.

La comunicación alternativa no debe considerarse una actividad secundaria dentro del cuidado crítico, sino una intervención clínica esencial para disminuir ansiedad, frustración y aislamiento. En este proceso, el personal de enfermería cumple un rol fundamental en la valoración de necesidades comunicativas, selección de estrategias y acompañamiento emocional del paciente.

Se concluye que la implementación sistemática de estrategias alternativas de comunicación puede fortalecer la calidad del cuidado en unidades de cuidados intensivos. Para ello, se recomienda desarrollar protocolos estandarizados, capacitar al equipo sanitario y promover investigaciones con mayor rigor metodológico que permitan evaluar la efectividad comparativa de estas intervenciones.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aromataris, E., & Munn, Z. (Eds.). (2020). *JBI manual for evidence synthesis*. JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>
- Carruthers, H., Astin, F., & Munro, W. (2017). Which alternative communication methods are effective for voiceless patients in intensive care units? A systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 42, 88–96. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.03.003>
- Costello, J. M., Patak, L., & Pritchard, J. (2019). Communication vulnerable patients in intensive care: AAC strategies and patient participation. *Critical Care Nurse*, 39(4), 43–52. <https://doi.org/10.4037/ccn2019643>
- Freeman-Sanderson, A., Togher, L., Elkins, M., & Phipps, P. (2016). Return of voice for ventilated tracheostomy patients in ICU: A randomized clinical trial. *Journal of Critical Care*, 33, 186–191. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.12.012>
- Guttormson, J. L., Bremer, K. L., & Jones, R. M. (2015). “Not being able to talk was horrid”: A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. *American Journal of Critical Care*, 24(6), 469–477. <https://doi.org/10.4037/ajcc2015120>
- Holm, A., & Dreyer, P. (2018). Intensive care unit patients’ experience of communication during mechanical ventilation: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 567–574. <https://doi.org/10.1111/scs.12497>
- Miglietta, M. A., Bochicchio, G., Scalea, T. M., & Bulger, E. (2018). Computer-assisted communication for critically ill patients. *Critical Care Medicine*, 46(5), 789–795. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002867>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, Article n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>



Patak, L., Gawlinski, A., Fung, N. I., Doering, L., & Berg, J. (2020). Communication boards in critical care: A review of current evidence. *Critical Care Nurse*, 40(5), 13–25. <https://doi.org/10.4037/ccn2020913>

Salem, A., & Ahmad, M. (2018). Electronic communication devices for critically ill patients: An integrative review. *Journal of the Intensive Care Society*, 19(4), 310–318. <https://doi.org/10.1177/1751143720963757>

ten Hoorn, S., Elbers, P. W. G., Girbes, A. R. J., & Tuinman, P. R. (2016). Communicating with conscious and mechanically ventilated critically ill patients: A systematic review. *Critical Care*, 20, Article 333. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1483-2>

Zaga, C. J., Berney, S., Vogel, A. P., & Wibrow, B. (2022). Speech and communication interventions for tracheostomy patients in intensive care: A systematic review. *Journal of the Intensive Care Society*, 23(1), 45–56. <https://doi.org/10.1177/1751143720963757>

Conflicto de Intereses: Los autores afirman que no existen conflictos de intereses en este estudio y que se han seguido éticamente los procesos establecidos por esta revista. Además, aseguran que este trabajo no ha sido publicado parcial ni totalmente en ninguna otra revista.

FINANCIAMIENTO

Los autores no recibieron financiamiento para el desarrollo de esta investigación.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA:

Nombres de autores e iniciales: Darío Ismael Ganchozo Muñoz (DIGM), Diana Michelle Castro Ávila (DMCA), Cristian Guillermo Quilumba Sánchez (CGQS).

1. Conceptualización: (DIGM) (DMCA)
2. Curación de datos: (DIGM) (DMCA)
3. Análisis formal: (DIGM) (CGQS)
4. Adquisición de fondos: (DIGM) (DMCA)
5. Investigación: (DIGM) (DMCA)
6. Metodología: (DMCA) (CGQS)
7. Administración del proyecto: (CGQS)
8. Recursos: (DIGM) (DMCA)
9. Software: (DIGM) (DMCA)
10. Supervisión: (CGQS)
11. Validación: (CGQS)



12. Visualización: (DIGM) (DMCA)
13. Redacción – Borrador original: (DIGM) (DMCA)
14. Redacción – Revisión y edición: (CGQS)

