



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA**

**“EVALUACION DE LA COMUNICACIÓN
ENFERMERA-PACIENTE EN EL INSTITUTO
NACIONAL DE CANCEROLOGÍA**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
JOSÉ CRUZ RIVAS HERRERA

ASESORA ACADEMICA: L.E.O. MA. DEL PILAR SOSA ROSAS

278668

MEXICO, D. F.

Recepción
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Cuerpo Académico
2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Con admiración cariño y respeto a las profesoras Ma. del Pilar Sosa Rosas y Ma. del Carmen Hernández Guillén por haberme brindado su asesoría y apoyo para la elaboración y culminación de la presente tesis.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por la oportunidad que me brindó al utilizar sus instalaciones para la capacitación que logré como profesional al ocupar un lugar en ésta gran casa de estudios.

A las enfermeras del Instituto Nacional de Cancerología que apoyaron la presente investigación.

DEDICATORIAS

A DIOS

Por haberme otorgado la oportunidad de vivir y permita culminar mis estudio profesionales con éxito.

A MIS PADRES

Por la educación que me brindaron para convertirme en una persona de provecho. A quienes nunca podré pagar todas sus angustias y desvelos, ni aún con las riquezas más grandes del universo.

A MI ESPOSA

Por todo el apoyo, comprensión y motivación que me ha brindado.

A MI HIJO

Por ser el motivo de mi éxito y superación.

PENSAMIENTO

El paciente es alguien que solicita nuestra ayuda y nos entrega su enfermedad lleno de temor y expectativa con la decisión por tomar acerca de una medida terapéutica que cambiará las características de su vida quizá para siempre.

Frente a él es necesario presentarse con la comunicación de la verdad.

JOSE RIVAS

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS.....	ii
DEDICATORIAS.....	iii
PENSAMIENTO.....	iv
INTRODUCCIÓN.....	2
1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACION.....	4
1.1. Descripción del problema.....	4
1.2. Identificación del problema.....	5
1.3. Justificación de la investigación.....	5
1.4. Ubicación del tema de estudio.....	5
1.5. Objetivos.....	6
1.5.1. General.....	6
1.5.2. Especifico.....	6
2. MARCO TEORICO.....	8
2.1. PERSONAL DE ENFERMERIA.....	8
2.1.1. Concepto de enfermería.....	8
2.1.2. Funciones de enfermería en general.....	9
2.1.3. Cuidados de enfermería.....	12
2.1.4. La enfermera como el emisor en el proceso de la comunicación.....	15
2.1.5. Apoyando al paciente durante los exámenes y los tratamientos.....	17
2.1.6. La relación médico-paciente; enfermera-paciente.....	18

2.1.7.	<i>La relación enfermera-paciente</i>	19
	• <i>Fase de introducción u orientación</i>	
	• <i>Fase de trabajo</i>	
	• <i>Fase de terminación</i>	
2.1.8.	<i>La enfermera y su enfermo</i>	26
2.1.9.	<i>Creación de un clima de libre comunicación para el paciente</i>	33
2.1.10.	<i>La comunicación de la verdad en cancerología</i>	33
2.1.11.	<i>Comunicación con otros miembros del equipo de salud</i>	36
2.2.	COMUNICACIÓN	37
2.2.1.	<i>Concepto de comunicación</i>	37
2.2.2.	<i>El proceso de la comunicación</i>	38
2.2.3.	<i>Factores que intervienen en la comunicación</i>	39
	• <i>Emisor</i>	
	• <i>Mensaje</i>	
	• <i>Conducto</i>	
	• <i>Receptor</i>	
2.2.4.	<i>Comunicación principios de ciencias sociales</i>	43
2.2.5.	<i>Comunicación no verbal</i>	46
2.2.6.	<i>El lenguaje verbal</i>	48
2.2.7.	<i>Aprender a escuchar</i>	48
2.2.8.	<i>La imposibilidad de no comunicar</i>	52
2.2.9.	<i>Descalificación de la comunicación</i>	53
2.2.10.	<i>Los niveles de contenido y las relaciones de la comunicación</i>	54
2.3.	PACIENTE CON CÁNCER	55
2.3.1.	<i>Conceptos de cáncer</i>	55
2.3.2.	<i>El enfermo canceroso</i>	56
2.3.3.	<i>Aspectos psicológicos del paciente con cáncer</i>	58
2.3.4.	<i>La actitud del paciente hacia el cáncer</i>	60
2.3.5.	<i>Derechos humanos del paciente con cáncer</i>	61

3. METODOLOGÍA	64
3.1. HIPÓTESIS	64
3.1.1. General	64
3.1.2. De trabajo	64
3.1.3. Nula	64
3.2. VARIABLES E INDICADORES	64
3.2.1. Variables independientes	64
• Indicadores	
3.2.2. Variables dependientes	65
• Indicadores	
3.2.3. Modelo de la relación causal de variables	66
3.3. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	66
3.3.1. Tipo	66
3.3.2. Diseño	67
4. INSTRUMENTACION ESTADISTICA	69
4.1. UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA	69
4.2. PROCESAMIENTO DE DATOS	69
4.3. GRAFICAS	71
4.4. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS	86
4.5. ANÁLISIS DE RESULTADOS	88
5.- CONCLUSIONES	93
6.- ANEXOS	95
7.- GLOSARIO DE TERMINOS	104
8.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	108

INTRODUCCION

INTRODUCCION

La presente investigación ha sido elaborada con el fin de analizar la comunicación entre el personal de enfermería, y el paciente del Instituto Nacional de Cancerología.

Para realizar tal análisis se ha desarrollado en el primer capítulo, la fundamentación del tema de investigación, que contiene diversos apartados de importancia entre los que están: Descripción del problema, justificación de la investigación, identificación del problema, ubicación del tema de estudio y objetivos.

En el segundo capítulo se escribe el marco teórico, en donde se presentan los fundamentos teóricos metodológicos de autores que han realizado investigaciones similares.

En el tercer capítulo se presenta la metodología, que incluye la hipótesis general, de trabajo y nula, así como las variables dependientes e independientes con sus respectivos indicadores, y un modelo de la relación causal así como tipo y diseño de investigación.

En el cuarto capítulo se desarrollan los aspectos de mayor relevancia estadística como son: universo, población y muestra, procesamiento de datos, comprobación de hipótesis y análisis e interpretación de resultados.

En los últimos capítulos se dan a conocer los anexos, el glosario de términos y las referencias bibliográficas.

FUNDAMENTACION
DEL TEMA DE
INVESTIGACION

FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACION

1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA.

En el Instituto Nacional de Cancerología se ha observado que la problemática expuesta se pudiera relacionar en algún grado con el número de personal de enfermería y la cantidad de pacientes con cáncer, puesto que cuenta con un número total de 289 enfermeras para 140 pacientes, en promedio que son atendidos diariamente en hospitalización.

El paciente se caracteriza como un ser totalmente demandante de atención de servicios de calidad y calidez y, no solamente desde un punto de vista biológico sino holístico. La leyenda de incurabilidad del cáncer, las terapias radicales y, los cambios en la imagen corporal, inspiran temor, angustia; lo que dificulta aún más la claridad en la comunicación.

El enfermo alcanzado por el diagnóstico o por la sospecha de la enfermedad, tiene heridos sus sentimientos que lo conducen a reaccionar tomando posturas de negación hacia su propia realidad, situación que no es nada fácil de sobrellevar por el personal de enfermería; lo que confirma que el cáncer es una de las enfermedades con mayor impacto psicológico.

Por tanto, la presente investigación se abocará al estudio de las siguientes relaciones de influencia: Personal de enfermería, comunicación y paciente con cáncer.

1.2 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA.

El problema de la investigación se puede enunciar de la siguiente forma: ¿Cuáles son los problemas que dificultan la comunicación del personal de enfermería con el paciente oncológico en el Instituto Nacional de Cancerología?

1.3 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION.

La realización de la investigación se justifica ampliamente porque se ha observado que existe dificultad en la comunicación del personal de enfermería con el paciente oncológico, directamente en su atención integral.

Los resultados de la investigación orientaran a considerar alternativas y soluciones para disminuir la problemática expuesta, lo que permitirá brindar una mejor atención de enfermería.

1.4 UBICACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO.

El tema que se estudia en la investigación se ubica en las siguientes profesiones: Enfermería, psicología y medicina.

En enfermería, por ser precisamente el objeto principal de la investigación: Enfermería y la comunicación con el paciente oncológico.

En psicología por tratar los aspectos psicológicos del paciente oncológico.

Finalmente en medicina, porque nos permite identificar los conocimientos del personal de enfermería con respecto al cáncer.

1.5 OBJETIVOS.

1.5.1 General.

Evaluar la comunicación del personal de enfermería con el paciente en el Instituto Nacional de Cancerología.

1.5.2 Específicos.

Obtener datos de identificación de la problemática en estudio.

Identificar la comunicación existente entre el personal de enfermería y el paciente oncológico.



MARCO TEORICO

MARCO TEORICO

2.1 PERSONAL DE ENFERMERIA.

2.1.1 Concepto de enfermería

Hoy en día, la enfermería es muy distinta de aquella que se practicaba hace cincuenta años, por lo que es necesario recurrir a la imaginación para entrever como cambiará la profesión en los próximos años. Dado que vivimos en una sociedad variable, para comprender el presente de la enfermería y al mismo tiempo prepararla para el futuro, se debe entender no sólo su pasado y práctica actual, sino también los factores sociológicos que la afectan.

Florence Nightingale definió la enfermería hace unos cien años como "La actuación sobre el entorno del paciente para ayudarlo en su recuperación". Según ella un ambiente limpio, ventilado y tranquilo era fundamental para recuperar la salud.

Virginia Henderson fue una de las primeras enfermeras "modernas" que definieron la profesión; la conceptualizó como "la función propia de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, para que realice aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación"¹

¹ KOZIER, Keb, O. Enfermería Fundamental. Ed. Interamericana, 4ta. Ed. México, 1993, 3-4 pp.

Existen muchas definiciones y descripciones de la enfermería pero, en esencia, la enfermería consiste en el cuidado de las personas, cubriendo los aspectos de promoción, prevención, recuperación, así como el proceso de la muerte.²

“Para Imogene King, este es un proceso de interacciones humanas entre enfermera-paciente, en el cual cada uno percibe al otro y la situación, y a través de la comunicación ellos fijan objetivos, exploran los medios, y se ponen de acuerdo en cuanto a ellos mismos para alcanzar los objetivos”.³

2.1.2 Funciones de enfermería en general.

La función asistencial directa al paciente es responsabilidad de la enfermera. Esta representa más de 60% de los recursos humanos en la atención al paciente. Es un elemento decisivo en el logro de los objetivos del profesional de enfermería.

En términos generales sus funciones son:

- Proporcionar atención de enfermería conforme a un diagnóstico fundamentado en la problemática de salud de los pacientes.
- Dar orientación y educación a pacientes y familiares para la conservación de la salud y tratamiento médico específico.
- Colaborar en los exámenes de diagnóstico y tratamiento.

² HENDERSON, Virginia. Enfermería Teórica y Práctica. Ed, Prensa Médica, 3 ed. México, 1987 15-32 pp.

³ KING, Imogene, M. Enfermería como Profesión, Ed. Limusa, México, 1984, 149-165.

-
- Efectuar acciones de protección específica a grupos susceptibles.
 - Integrar a pacientes y familiares para que desarrollen un grado aceptable de autodirección en el cuidado de su salud.
 - Diseñar e instrumentar el modelo teórico en la atención de enfermería.
 - Cuidar y mantener la higiene y comodidad del paciente hospitalizado.
 - Colaborar en sesiones de información y discusiones sobre el tratamiento y necesidades del paciente.
 - Participar en la instalación, ejecución y evaluación de las medidas de vigilancia y control epidemiológico intrahospitalario.
 - Integrar las acciones del equipo de salud.
 - Contribuir con trabajo social en las visitas domiciliarias.
 - Observación y notificación de signos de alarma presentados por los pacientes.
 - Supervisar la atención que proporciona el personal técnico, auxiliar o en adiestramiento.
 - Integrar y manejar el expediente del paciente.
 - Manejar y elaborar diversas formas, así como registros estadísticos.
 - Colaborar en la visita médica.

-
- Participar en reuniones multidisciplinarias para estudio de casos.
 - Solicitar el material y equipo necesarios para la atención de los pacientes.
 - Manejar y controlar el material y equipo a su cargo.
 - Detectar e informar de las fallas encontradas en el equipo biomédico instalado en los servicios.
 - Evaluar la atención prestada al paciente.
 - Participar en los programas de enseñanza en servicio para desarrollo del personal.
 - Participar en la enseñanza de estudiantes de enfermería.
 - Cumplir con las comisiones especiales asignadas por el personal de mayor jerarquía.
 - Recibir y entregar turno.
 - Participar en la ejecución de rutinas de servicio.
 - Prestar sus servicios en forma especial cuando existan siniestros, riesgos inminentes y otros de extrema urgencia.
 - Respetar y cumplir con las normas y reglamentos de trabajo.
 - Sugerir y participar en estudios de investigación tendientes a mejorar la atención de enfermería que se presta al paciente.

- Cumplir con las funciones delegadas.

Cabe señalar que la recuperación del estado de salud del paciente depende en gran parte, de la atención que proporciona enfermería.

Los riesgos del trabajo en enfermería son muy elevados, ya que siempre se está en contacto con un ambiente en el que pueden adquirirse enfermedades infectocontagiosas, aunque se tenga sumo cuidado en el trato y se utilicen técnicas de asepsia médica o quirúrgica.⁴

2.1.3 Cuidados de enfermería.

Los cuidados de enfermería eficaces dependen en gran parte de las habilidades y los conocimientos para el uso de la comunicación de la enfermera.

- 1.- La enfermera debe incrementar sus conocimientos y su comprensión sobre el proceso de la comunicación y sobre Las relaciones que hay entre el proceso de la comunicación y todas las funciones psicológicas.
- 2.- Una enfermera debe dirigir sus observaciones del paciente y su ambiente y obtener retroacción de éste, con el fin de determinar:
 - a) Las características individuales de la personalidad de los pacientes los niveles educacionales e intelectuales y los

⁴ BALDERAS, P. María. Administración de los Sistemas de Enfermería. Ed. Iberoamericana, 3ª Edic., México, 1995, 112-114 Pp.

antecedentes socioculturales en la medida que influyen sobre la comunicación.

- b) Los factores ambientales que podrían influir sobre la comunicación específica.
 - c) Los marcos de referencia del paciente en relación con las comunicaciones específicas.
 - d) Los estados físicos y psicológicos actuales que podrían influir sobre la comunicación específica.
 - e) Las características de las diversas relaciones que podrían influir sobre las comunicaciones específicas (por ejemplo, las relaciones enfermera-paciente, o médico-paciente).
 - f) Datos que indiquen que existen problemas en la comunicación en general, que los procesos de la comunicación específica no son efectivos o que los patrones de comunicación del paciente se desvían por fuera de lo normal.
- 3.- La enfermera puede utilizar sus conocimientos sobre el proceso de la comunicación y sus observaciones de un paciente específico para planear sus intervenciones. Puede:
- a) Evitar el uso de símbolos de lenguaje especializado, referencias vagas o símbolos de lenguaje que se encuentren fuera de las experiencias del paciente al comunicarse con éste.
 - b) Tener cuidado al obtener retroacción de parte del paciente para determinar el mensaje real que ha recibido.

-
- c) Tratar de corregir las malas interpretaciones y las distorsiones de los mensajes que se hayan obtenido a través de la retroacción.
 - d) Estar alerta en caso de que haya comportamiento, no verbal de parte del paciente y de parte suya, ya que éste podría tener algún significado no intencionado para el paciente.
 - e) Evitar la discrepancia entre los mensajes verbales y los no verbales.
 - f) Hacer el intento de establecer una relación de confianza que facilite la comunicación eficaz.
 - g) Evitar las respuestas del paciente basadas en experiencias estereotipadas (por ejemplo, aprender a conocer a un paciente como individuo, no como un tipo representativo de un grupo sociocultural).
 - h) Utilizar sus conocimientos sobre el papel de la emoción, de la percepción y de la motivación en la organización y en la presentación de la comunicación para favorecer la mejor comunicación posible.
 - i) Evitar dar mensajes importantes cuando el paciente se encuentre en un estado no receptivo (por ejemplo, cuando está deprimido, semiconciente, sedado, muy distraído).
 - j) Alterar la comunicación de manera que se ajuste al estado del paciente y a la situación ambiental.

- k) Alterar el ambiente cuando sea posible o necesario con el fin de obtener el mayor beneficio a partir de los esfuerzos de comunicación.
- l) Planear nuevo aprendizaje para el paciente, de manera aunque aumente su capacidad comunicativa.
- m) Alterar las actividades de enfermería sobre la salud que pudieran aislar al individuo de las experiencias comunicativas.⁵

2.1.4 La enfermera como el emisor en el proceso de la comunicación.

Al pensar sobre la comunicación y cómo enviar un mensaje a un receptor deseado, de tal forma que lo reciba e interprete, la enfermera puede encontrar útil recordar los seis puntos siguientes: quién, qué, cuando, en dónde, cómo y por qué.

Iniciaremos con el “qué”, pues lo primero es que el mensaje esté claro en nuestra mente antes de decidir cómo enviarlo.

¿Qué es lo que se comunicará?

¿Son instrucciones, como la forma de llegar a alguna parte o cómo hacer algo?

¿Es información, cómo explicar al paciente lo que va a sucederle cuando llegue al departamento de rayos X para una serie de pruebas?

¿Es una actitud, como un sentimiento de cordialidad y aceptación?

⁵ NORDMARK, R. Op. Cit. Pág.

¿Quién es el receptor deseado?

¿Cómo es esta persona como individuo?

¿Cuáles son sus antecedentes?

¿Cuál será probablemente su punto de vista?

¿Por qué debe comunicarse este mensaje?

¿El paciente necesita saber algo para orientarse sobre la institución?

¿Necesita ayuda para vencer su temor a la cirugía?

¿Necesita este mensaje para su seguridad? ¿Para aumentar su independencia?

¿Cómo debe ser comunicado?

¿Se le hablará a la persona, se le proporcionará información (o instrucciones) por escrito o para este mensaje en particular será mejor la comunicación no verbal?

¿En dónde debe llevarse a cabo la comunicación?

¿En el cuarto del paciente, el puesto de enfermería, un salón de clases fuera de la unidad de enfermería?

¿Cuándo debe comunicarse?

¿La persona es receptiva para el mensaje?

¿Necesita el mensaje ahora?

¿Debe posponerse?

Probablemente, la enfermera pensará en muchas más preguntas que podrían hacerse, pero si recuerda las seis básicas le será más fácil conservar en su mente algunos de los elementos fundamentales del proceso de comunicación cuando ella sea la emisora.⁶

⁶ BEVERLY, W. Dugas. Op. Cit. Pág.

2.1.5 Apoyando al paciente durante los exámenes y los tratamientos.

Por lo general, la enfermera tiene la responsabilidad principal de dar apoyo emocional, y observar las respuestas durante la ejecución de varios procedimientos. Puede parecer para el personal profesional hacer hábito tales procedimientos, sin embargo, ellos usualmente representan experiencias llenas de tensiones para el paciente.

El médico, la enfermera, y el paciente son típicamente las tres personas que participan durante el tratamiento o examen, aunque, por supuesto, personal adicional puede requerirse para algunos procedimientos; el foco primario de cada uno de los tres es diferente; la interacción entre ellos es importante. El médico se concentra en el procedimiento, aunque no significa que ignore al paciente. El papel del paciente incluye, sufrir a través de una dolorosa, humillante, temerosa o algunas veces simplemente tediosa experiencia, con la mejor gracia posible. La enfermera debe apoyar al paciente, física y emocionalmente, así como asistir al médico y obtener el equipo necesario. La confianza del paciente se incrementa, si la enfermera y el médico están colaborando, y genuinamente parece que se respetan uno al otro.

Hacer práctico el comienzo en un procedimiento (especialmente si no se ha trabajado con el médico antes), preguntando al médico si algo adicional o diferente se necesita. Este paso ayudará a prevenir la tensión durante el procedimiento. Particularmente si el procedimiento prueba ser difícil (como una punción lumbar, en la que el líquido cefalorraquídeo es difícil de obtener), un problema menor con el equipo puede asumir mayores proporciones conforme el médico y la enfermera vierten su atención y frustración en la situación.

El fracaso al dar apoyo emocional durante la tensión de los exámenes de diagnóstico y tratamientos, puede llevar a los pacientes a que se enojen y a que critiquen estos aspectos de su cuidado; otros, para los que el apoyo emocional es crucial, están desorientados en el tratamiento, o bien, sufren trastornos emocionales serios, desencadenados por su padecimiento y la terapéutica correspondiente.

Es importante observar las reacciones del paciente y reconocer que cada individuo responde de manera diferente y, por tanto, requiere de un acercamiento distinto (claro está que no todas las reacciones se pueden prevenir, incluso cuando se brinda el mejor apoyo por parte de la enfermera y el médico experimentado). Si, con apoyo y transmisión de ánimo, se consigue que un paciente soporte una serie de procedimientos dolorosos hasta lograr el beneficio esperado ¿no es la actitud solidaria tan importante como la realización del procedimiento? ⁷

2.1.6 La relación médico-paciente; enfermera-paciente

Esta relación es un proceso tan importante como los conocimientos científicos y experiencia para enfrentarse con los problemas.

El factor más importante es esta relación es con mucho el nivel de confianza, el paciente tiene que creer que el médico y el personal de enfermería que lo atienden son competentes, que harán todo lo que estimen necesario para darle el mejor cuidado posible, que no lo abandonarán y que continuarán haciendo lo mejor, independientemente del resultado. En pocas palabras, el paciente debe

⁷ PRICE, L. Alice. Tratado de Enfermería. Ed. Iberoamericana, 3ª Edic., México, 1981. 602 Pp.

creer que el médico y el personal de enfermería cuidan de él y de lo que suceda.

Otro aspecto importante radica en que el médico no debería mentir deliberadamente al paciente, puesto que si éste lo descubriera, le perdería la confianza y el respeto, quizás en el justo momento en que fueran más necesarios.

Esto es cierto sobre todo respecto a decirle o no al paciente la verdad sobre su diagnóstico.

A menudo también se descuida el papel de la familia; en general, es preferible que todos quienes estén relacionados con el paciente sepan que este tiene cáncer.⁸

2.1.7 La Relación enfermera-paciente.

El aspecto fundamental de la enfermería es la relación que se establece entre la enfermera y el paciente. Es una relación profesional basada en la confianza y el respeto mutuo. Una persona acude a una institución médica porque necesita ayuda en relación con su salud; la enfermera y otros profesionales, se encuentran ahí para proporcionarle lo que necesita. Para establecer una relación que le permita ayudar al paciente, la enfermera debe desarrollar técnicas y habilidades para la comunicación, ya que sin ella no es posible formar relación alguna.

La enfermera se comunica con el paciente y el enfermo con ella. La comunicación siempre es un proceso de dos vías. La enfermera también se comunica durante el curso del día con sus familiares y

⁸ RUIZ, S. Teodoro, Op. Cit. Pág.

amistades del paciente, visitantes de la institución, otros miembros del grupo para la salud y del personal y con muchas otras personas. En consecuencia, debe conocer las bases del proceso de la comunicación.

La enfermería es una de las profesiones de asistencia o ayuda. En su trabajo, las enfermeras ayudan a otros a promover y conservar su salud óptima, evitar que se enfermen, restablecer su salud después de una enfermedad, o de afrontar las exigencias de enfermedades crónicas o terminales. La relación que se establece entre la enfermera y el paciente es de ayuda o asistencia. Es la base de la práctica de la enfermera y esta implícita en toda la interacción que ocurre entre la enfermera y el paciente.

En el campo de la salud, la relación de ayuda suele denominarse terapéutica, porque es un elemento clave que permite al profesional de la salud administrar cuidados al paciente. Diferentes autores han identificado varias características de la relación de ayuda. Un elemento esencial es la empatía, que es la capacidad para reconocer y comprender los sentimientos de otra persona en una situación determinada. La empatía significa tratar de imaginar que nos encontramos en la situación de la otra persona y consideramos las cosas desde su punto de vista.

Otra característica de la relación de ayuda que suele mencionarse es el respeto mutuo. Respetamos al paciente como una persona de valía y dignidad y observamos las cortesías sociales que lo indican, llamamos a las personas por el nombre y título que prefieren. A muchos pacientes mayores no les gusta que los llamen por su nombre de pila por sí solo (y menos que lo hagan personas más jóvenes), y prefieren que se le anteponga a su nombre y apellido el título de señor o señora. Es conveniente preguntarle al paciente, cómo le gustaría que le llamaran.

Para que la relación sea eficaz la enfermera también debe respetar al paciente. Su preparación de enfermería la califica para escuchar a otros en lo que respecta a problemas de salud; y estas cualidades engendran el respeto de quienes no han tenido esa preparación profesional. La capacidad al llevar a cabo las medidas de enfermería que deben practicarse, sea enseñar ejercicios preoperatorios, colocar un apósito o medir la presión arterial, refuerzan el respeto inherente que sienten los legos por los profesionales, después, también se encuentra el respeto por sí mismos del profesional, manifestado en aspectos como el aseo personal, la buena postura y también ayuda de cierta manera a que transmita confianza en sus capacidades; en otras palabras es importante saber lo que se está haciendo y cómo llevarlo a cabo.

Tanto la empatía como el respeto mutuo contribuyen a fomentar un clima de confianza, que es un elemento básico en la relación de ayuda. El paciente debe poder confiar en la enfermera como una persona que se preocupa primero y antes que nada por su bienestar, para que pueda aceptar su ayuda sinceramente. Tiene que estar seguro de que no va a traicionar su confianza para que se sienta con libertad para comentarle problemas personales o expresar sus sentimientos, y que es competente en sus habilidades técnicas de enfermería, para confiar en ella en procedimientos más complicados: como introducirle una aguja en una vena del brazo. La enfermera también debe confiar en el paciente para llevar a cabo sus responsabilidades en lo que respecta a sus cuidados de la salud. La confianza suele desarrollarse lentamente, a medida que se conoce a la otra persona; se fomenta basándose en pequeñas cosas como no olvidar hacer una llamada telefónica que pidió el paciente e informarle sobre la misma, siendo honesto y dándole sólo información comprobada y, una vez más, la capacidad en sus cuidados de enfermera.

La autenticidad es otra característica de la relación de ayuda útil para crear una atmósfera de confianza; la espontaneidad de la respuesta y una actitud de la enfermera que no implique defensa o superioridad ("yo sé mas que usted") contribuyen a la autenticidad. También debe haber cierto grado de actitud abierta por ambas partes. El paciente quizá desee saber algo sobre la enfermera como persona, y ella debe estar preparada para mostrarle algunos de sus sentimientos y valores. Sin embargo, la mayoría de los pacientes están mucho más interesados en sí mismos y sus problemas que en alguien más y son el foco real de la relación.

Tanto la enfermera como el paciente están preocupados principalmente por las razones que tiene el enfermo para buscar ayuda. Hay en consecuencia una especificidad de propósito en la relación. El objetivo de la enfermera es ayudarlo a satisfacer sus necesidades de salud; lo logra utilizando el proceso de enfermería para valorarlas, identificar sus problemas inmediatos y trabajar con él para resolverlos.

En La relación enfermera-paciente se han identificado tres fases. Primero, de introducción, u orientación, cuando la enfermera y el paciente se conocen y confían entre sí, después de trabajo y, por último, de terminación.

Fase de introducción u orientación.

Es la fase en que la enfermera y el paciente comienzan a conocerse y a confiar entre sí, en circunstancias normales, la inician como extraños. Sin embargo, la enfermera suele tener la ventaja de contar con alguna información del paciente antes de conocerlo.

La enfermera toma la iniciativa en la relación que se establece. Es quién debe fijar el tono de la entrevista (o serie de encuentros) y tomar la dirección para establecer las guías de la relación de trabajo. Durante esta fase de introducción, ambos se identifican por su nombre y se aclaran los papeles, los dos llegan con ideas preconcebidas sobre la naturaleza de la relación. Es posible que el paciente haya sido condicionado por la televisión o películas respecto a algunas ideas de los hospitales y enfermeras. Quizá haya escuchado comentarios de amigos o familiares sobre la institución que seleccionó. Es posible que haya tenido una experiencia anterior con los sistemas de cuidados para la salud, que influya en sus ideas de los que recibirá. La enfermera tendrá experiencia previa en el área clínica y la enseñanza que ha recibido en sus clases, como base para sus expectativas. Es posible que ambos no coincidan, en esta fase de orientación es bueno llegar a un acuerdo sobre la naturaleza de la relación de trabajo entre las dos partes.

Una orientación en la unidad de enfermería, o en la institución para la salud si es parte de cuidados ambulatorios, suele encontrarse presente en la fase de introducción. Es importante presentar al paciente con las personas que participaran en su atención y explicarle sus funciones. La obtención de la historia de enfermería se encuentra en esta fase y en ocasiones es la primera oportunidad que tiene la enfermera para conocerlo. Durante esta fase de la relación suele haber bastantes pruebas, ya que cada uno intenta averiguar lo más posible del otro, a medida que comienza a establecerse la confianza.

Fase de trabajo.

La fase de trabajo de la relación enfermera-paciente se inicia cuando la primera ha reunido todos sus datos y está comenzando a elaborar un

plan tentativo de cuidados para el paciente. Ambos participan en el establecimiento de metas satisfactorias y los dos tienen un papel preciso para lograrlas. Hay una división de responsabilidades y es bueno aclarar, al inicio de la fase de trabajo, quién será responsable de cuáles aspectos de los cuidados. Un concepto relativamente reciente se refiere a establecer un convenio con el paciente. Puede ser tan sólo un acuerdo verbal; por ejemplo, "yo le enseñaré a hacer los ejercicios de respiración profunda antes de la operación, pero espero que usted los practique cuatro veces al día solo"; o un convenio escrito firmado por ambas partes. (Puede participar un miembro de la familia o alguna otra persona importante e incluir a más de una enfermera u otras personas que proporcionen cuidados de la salud)

Zangari y Duffy han identificado siete etapas en el proceso, que proporcionan guías adecuadas a las enfermeras que desean iniciar el proceso:

- a) La enfermera reúne los datos de su información básica.
- b) La enfermera y el paciente comentan lo que esperan ambos (respecto al resultado final de los cuidados).
- c) Juntos establecen metas mutuamente satisfactorias a corto y largo plazos.
- d) Se establece un convenio indicando cómo se dividirán las responsabilidades para lograr cada meta.
- e) La enfermera coordina el acuerdo con otros miembros del personal que proporciona cuidados y los familiares del paciente.

-
- f) La enfermera y el paciente valoran el progreso hacia las metas fijadas.
 - g) Si es necesario modificar los objetivos, se elabora un nuevo convenio. Si se han satisfecho las metas o el paciente se ha dado de alta, termina el contrato.

Durante la fase de trabajo de la relación enfermera-paciente, la primera tiene un papel de motivación importante, además de sus responsabilidades de llevar a cabo las medidas específicas de los cuidados de enfermería. Estimula al paciente a que tome cada vez mayor responsabilidad en sus cuidados personales, a medida que pueda hacerlo y le ayuda a que continúe esforzándose por alcanzar las metas que establecieron juntos. Una revisión de los progresos diarios y una apreciación honesta de los logros en las diversas labores que son su responsabilidad ayuda a tener motivado al paciente. Los familiares y amigos, que suelen estar tan preocupados por su salud como el propio paciente, también pueden proporcionar apoyo para motivarlo a que trate de alcanzar las metas establecidas.

Fase de terminación.

La relación enfermera-paciente termina cuando el enfermo se da de alta, la enfermera lo deja por otros deberes o por vacaciones, o deja de encargarse de él por cualquiera otra razón. En ocasiones la relación dura poco; por ejemplo, cuando la enfermera ha tenido la responsabilidad de cuidarlo por un turno solamente. En quienes trabajan en cuidados agudos, las relaciones suelen ser cortas; de sólo unos días o algunas semanas. En instalaciones para cuidados a largo plazo en que suelen residir los pacientes, la enfermera puede trabajar con un grupo de enfermos varios meses. La enfermera de salud de la

comunidad puede tener pacientes con los que trabaje durante años. Independientemente de lo que dure la relación, hay una sensación inevitable de pérdida cuando termina. Por supuesto, es más aguda cuanto más prolongada haya sido aquélla. Durante la fase de terminación es útil revisar con el paciente los logros obtenidos o el avance hacia las metas preestablecidas. Algo que ayuda a aliviar los sentimientos de pérdida es saber que se han logrado los objetivos y el paciente ya no necesita los cuidados de la enfermera. Da una gran satisfacción observar que se ha recuperado de una enfermedad y es capaz de tomar la responsabilidad de su salud una vez más, o ver que un niño llega a la edad adulta después de pasar con éxito los riesgos de salud de la infancia y la niñez con la ayuda de los consejos de la enfermera a la madre. Los pacientes también tienen un sentimiento de logro si se han alcanzado las metas o ha habido un avance claro hacia ellas por la ayuda de la enfermera. En ocasiones, es necesario delegar el cuidado de un enfermo a otra persona. En estos casos siempre es útil, en lo posible, presentarle a la persona que continuará atendándolo. Cuando el paciente se traslada a otra institución, necesita estar preparado para el cambio, la revisión de sus progresos hasta ese momento e informarle sobre la institución a la que se trasladará le facilitará el cambio.⁹

2.1.8 La enfermera y su enfermo.

La enfermera tiene como tarea atender y cuidar enfermos. Un enfermo o paciente es toda persona atendida por una enfermera o médico u otro profesional dedicado al cuidado de la salud.

⁹ BEVERLY, W. Dugas. Tratado de Enfermería Práctica, Ed. Interamericana, 4^a Edic., 1986, México, 585 Pp.

La enfermería es el arte y ciencia de las medidas curativas para devolver la salud. Una definición típica señala que la enfermera se ocupa de atender a los pacientes por medio de ayuda, comodidad, nutrición, protección y apoyo. Este tipo de enfermería suele destacar el hecho que su función es intentar la recuperación de la salud por parte de los enfermos y a menudo se le llama enfermería curativa, ya que es una parte importante de esta especialidad.

Hoy las enfermeras intervienen en forma decisiva en todos los procedimientos destinados al bienestar de los grandes núcleos humanos, tarea que a menudo recibe el nombre de enfermería preventiva o en algunas partes, asistencia sanitaria. Por medio de programas de enseñanza, las enfermeras buscan la salud óptima de diversas personas al enseñarles la forma de selección y comparar dietas nutritivas.

Dos de las causas más comunes de muerte en nuestro país son las cardiopatías y el cáncer, las que han sido estudiadas en diferentes partes del mundo por científicos especializados. Las enfermeras a menudo intervienen en estos programas de investigación, cuya finalidad es detectar las causas de estos padecimientos e identificar las mejores formas de tratamiento, una vez que se han demostrado, así como precisar los métodos preventivos por medio de medidas sanitarias y profilácticas.

La parte de la ciencia y el arte médico llamada rehabilitación, se ha ocupado de ayudar a las personas a superar impedimentos para recuperar la función de diversas zonas del cuerpo o aprovechar al máximo las capacidades intelectuales. Hasta hace poco se pensaba que la rehabilitación era trabajo especializado, ejecutado por personas que ayudaban a otras con graves incapacidades. Sin embargo, en la actualidad la enfermería incluye diversas tareas y responsabilidades

que tienen como fin ayudar a los pacientes a superar sus impedimentos. Algunas autoridades han propuesto llamar a este tipo de asistencia, enfermería restaurativa. La enfermera brinda esta asistencia cuando ejercita el brazo parcialmente paralizado de un enfermo, para devolverle sus funciones normales.

Ayudar a una persona invalida a superarse, de tal forma que puede aprovechar al máximo sus capacidades, no se limita sólo al momento en que la enfermera la ayuda a aprender a usar muletas; comienza con el primer contacto que tiene ella con su enfermo, y continúa durante toda la enfermedad, hasta que la persona alcanza un nivel adecuado de bienestar.

Se acepta hoy día que la mejor asistencia de enfermería es la ayuda al paciente a ser independiente. El concepto actividades de la vida diaria a menudo se emplea para describir actos que ejecutan las personas en el curso normal de su vida, tales como comer, dormir, trabajar, caminar, jugar, actividades sociales y otras más. La asistencia que brinda la enfermera es ayudar a los pacientes a ejecutar actividades de la vida diaria.

Casi todos los enfermos se sienten mucho mejor conforme hacen progresos hacia su autosuficiencia en el máximo grado posible, y muchos terminan por superar tremendas incapacidades, con enorme orgullo. La enfermera que en el progreso asistencial suministre demasiado cariño, puede retardar e interferir en la evolución del individuo hacia el bienestar, y en su capacidad de reanudar sus actividades normales diarias.

En muchas ocasiones la enfermera ayuda y apoya psicológicamente a un enfermo. (La psicología es la ciencia que se ocupa del funcionamiento de la mente); también se dedica a investigar las

causas por las cuales el ser humano siente, actúa y piensa en forma individual. Entre los términos que a veces describen la ayuda psicológica están el cuidado afectuoso, la compasión y afabilidad; la ayuda psicológica demuestra que la enfermera siente y expresa respeto, interés y preocupación sinceras por el enfermo como persona. La enfermería no sería lo que es, si no incluyera las virtudes señaladas, o dicho en otra forma, el arte de atender enfermos tiene mucho de humanismo y afectividad. En ocasiones, la enfermera lo único que puede hacer es consolar al enfermo apretándole firmemente la mano, brindándole una sonrisa, o demostrando compasión o ternura para permitir al enfermo desahogar su ira o frustración; dedicarle algunos minutos de la visita al paciente a solas, es expresión de afabilidad y comprensión, y este tipo de asistencia suele ser llamada de apoyo.

La enfermería se ocupa del paciente como una persona en su totalidad. El estudio del hombre ha sido descrito separando su ser físico del ser psicológico u social, pero es indudable que hay una interacción continua entre las tres áreas de cada persona. La sociología es la ciencia que se ocupa de las relaciones entre las diversas personas, esto es, los mecanismos por los cuales se relacionan los seres humanos y viven en grupos.

El estudio integral del hombre, es decir identificando lo físico, psíquico y social como partes de un todo, suele recibir el nombre de tendencia holística. Tal vocablo se ha definido como la tendencia a crear un organismo partiendo de sus partes, pero que funciona como un todo integrado. Otra forma de definir la tendencia holística: es la que se ocupa de la persona (interacciones psicosomáticas), y con su ser y el entorno en que se mueve.

Las enfermeras saben que los pacientes suelen ser miembros de una familia y si esto se toma en cuenta cuando se planea y suministra la asistencia, ella podrá llamarse holística o global, pues el paciente y su familia comprenden un todo. La enfermedad de una persona influye en su familia en la medida en que ella interviene en la recuperación de la enfermedad por parte del paciente.

El foco de atención en la asistencia de enfermera es el paciente. En el pasado, las enfermeras dedicaban mucho tiempo a hacer cosas a sus pacientes o para ellos, y desempeñar tareas relacionadas con la asistencia física del enfermo y con procedimientos para conservar limpios y ordenados los cuartos en que se les atendía. Estas tareas, como centro de la asistencia, ya son inadecuadas. En la actualidad las enfermeras se ocupan de diversas cosas con el paciente. Este tipo de asistencia destaca al servir a una persona y no emprender tareas y métodos para la misma. La asistencia que se orienta hacia el propio paciente exige que además de que la enfermera desempeñe con eficiencia tareas de su especialidad, conozca todo lo referente a las personas, y la causa y justificación de los actos que emprende en la asistencia.

Las enfermeras son maestras y orientadoras. Al suministrar asistencia, la enfermera tiene muchas oportunidades de enseñar a los enfermos a promover el proceso curativo, conservar la salud, evitar la enfermedad, y desempeñar actividades de la vida diaria en la mejor forma posible. Las grandes masas saben de salud y cuidados médicos más de lo que a veces se piensa, y también esperan que las enfermeras compartan información exacta. La enfermera enseña no sólo con las palabras y la explicación a sus enfermos, sino también con su propia conducta. Por ejemplo, tal vez desee enseñar a una madre de familia la forma de evitar el contagio de resfriados entre sus familiares. La enseñanza no será todo lo satisfactoria que se pretende si la enfermera

acude a trabajar con un fuerte resfrío. Los pacientes se percatan de lo que hacen las enfermeras. No es raro advertir que muchos llevan a la práctica alguna acción en una forma particular porque vieron a la enfermera hacerla exactamente así.

Las enfermeras identifican diferencias en los individuos, y en consecuencia, tratan a cada paciente como una persona única y singular. Aunque todos necesitamos alimentos, líquidos y oxígeno para vivir y también somos capaces de excretar sustancias de desecho, cada uno de nosotros es diferente de los demás. Cada individuo reacciona de manera distinta ante hechos similares, posee un nivel diferente de inteligencia, juega y trabaja de diversas formas, cree en diferentes cosas y posee una escala distinta de valores. Con la experiencia se aprende a entender a las personas y respetar sus ideas y derechos. El conocimiento de las ciencias sociales como la psicología y la sociología facilita esa comprensión.

Las enfermeras brindan sus servicios a personas que están en diferentes situaciones. Los hospitales emplean el mayor número de enfermeras; pero también trabajan en clínicas, asilos, organizaciones comunitarias, hogares, consultorios médicos, escuelas, tiendas, fábricas e instituciones militares; en otras palabras, en todo sitio donde se necesite su participación. Las diversas instituciones y organizaciones dedicadas al cuidado de la salud y a la asistencia médica utilizan nombres especializados que varían según el caso (organizaciones médicas).

Las enfermeras a menudo brindan servicios directos en situaciones inmediatas. Sin embargo, hay ocasiones en que ellas trabajan en forma indirecta por el bienestar del paciente. La enfermera señala la necesidad del individuo al médico o a otras personas encargadas de la asistencia médica. En algunos países ellas han intervenido para la

aprobación de leyes en beneficio de sus pacientes, a través de organizaciones idóneas.

Las enfermeras son responsables de los servicios que brindan a sus enfermos, y ellos tienen el derecho de esperar que la enfermera cuente con los conocimientos y pericia necesarios para brindar asistencia segura y competente.

Las enfermeras están obligadas a atender a todos los enfermos, sin distinción de edad, sexo, color, credo o estado social o económico, así como a personas sanas, desde que nacen hasta que mueren.

En los últimos decenios ha habido una tendencia al aumento en el número de responsabilidades de la enfermeras tanto para las enfermeras registradas, como para las practicantes. De continuar tal tendencia, las enfermeras necesitarán continuar estudiando para estar actualizadas y conocer los cambios que han ocurrido en su especialidad. Ningún curso de enfermeras tiene la extensión suficiente para abarcar todas las necesidades de la vida profesional de una enfermera. De este modo, la educación continua se ha vuelto una parte importante de la carrera de enfermería. Se conoce con tal término, a la enseñanza formal o informal que reciben las enfermeras que han completado programas básicos de enseñanza en su carrera.

La enfermera debe tratar de atender a varones y mujeres de todos los credos y razas, lo cual le da enormes oportunidades en su trabajo y la satisfacción diaria de ayudar a otras personas, sí éste es su deseo genuino.¹⁰

¹⁰ LUVERNE. W.Lewis. Fundamentos de Enfermería. Ed. Harla, 2º ed. México, 1990, 550 pp.

2.1.9 Creación de un clima de libre comunicación para el paciente.

Para fomentar una atmósfera abierta en la que el individuo sienta la libertad de comunicarse, la enfermera debe transmitirle un sentimiento de cordialidad y aceptación.

La cordialidad implica el agrado genuino por una persona; la aceptación es la capacidad para comprender el punto de vista de otros y respetar el derecho de cada individuo a ser diferente. Aceptar implica no juzgar. No es una labor fácil. Todas las personas llevan a su trabajo actitudes conscientes o inconscientes, inclinaciones y prejuicios que reflejan sus antecedentes sociales y el aprendizaje y experiencias adquiridas. Todos tienden a valorar a los demás y a los acontecimientos, a la luz de sus experiencias personales. Sin embargo, un miembro de una profesión de ayuda debe aprender a comprender a otras personas a la luz de sus antecedentes y experiencias. Aprender a no juzgar es una labor consciente para la mayoría de las personas. Es útil que la enfermera conozca primero sus actitudes, inclinaciones y prejuicios y comprenda cómo los adquirió; todas se aprenden. En consecuencia, es posible que no se aprenda ninguna o, cuando menos, se modifiquen por el aprendizaje adicional y las experiencias de la vida.¹¹

2.1.10 La comunicación de la verdad en cancerología.

El enfermo alcanzado por el diagnóstico o por la sospecha de la enfermedad, tiene heridos sus sentimientos de intangibilidad e inmortalidad. Súbitamente percibe el terrible y corriente hecho de que es como los otros, que se enferman y mueren. El conocimiento de la

¹¹ BEVERLY, W. Dugas. Op. Cit. pag.

enfermedad refleja la constatación de que la vida puede ser amenazada; el hombre habitualmente se juzga intangible e inmortal; estos sentimientos, normales y tan convenientes, cuando son atacados, pueden desencadenar las más variadas reacciones.

En primer lugar, se cree que el impacto será mayor o menor de acuerdo con la manera de ser del individuo. Están aquellos que son optimistas y autoconfiados, que con frecuencia hacen la pregunta: ¿pero por qué a mí?, colocan la situación en un plano de injusticia e inaceptabilidad, negándose a aceptar para sí lo que tan fácilmente aceptan para los otros. Se consideran castigados por algo que no cometieron y en general demuestran rebeldía y espíritu de lucha. El opuesto sería el individuo deprimido; cada vez más frecuente en cancerología, a punto ya de estudiarse con seriedad la depresión como factor causal o predisposicional.

El paciente con cáncer, en gran mayoría, es deprimido y se encuentra sobre severo estrés. Frecuentemente, sin embargo, conseguimos disociar una depresión previa a la aparición del tumor, bien caracterizada por el enfermo. En el interrogatorio relata, con relativa claridad, todo el itinerario de su pérdida, hasta el tumor. A pesar de estar casi siempre envuelto por otros sentimientos, como inseguridad, temor, venganza y culpa, él asocia la enfermedad a su séquito de problemas.

El paciente cuando va al médico generalmente ya lleva un diagnóstico o por lo menos una sospecha; ya lleva una verdad, su verdad. Esta su verdad entrara en contacto con la verdad del médico y recibirá las debidas influencias, raramente el enfermo es tomado de sorpresa en total ignorancia de su caso. La manera de tomar contacto con el hecho de tener cáncer depende de muchos factores propios del individuo. El primer contacto, en tanto, es abrupto y perturbador, sea por la

revelación externa o percepción del paciente. Renneker, citado por Lítin, apunta las tres fases principales luego de saberse portador de un cáncer:

1° Choque inicial con sentimientos de miedo y depresión; esta fase generalmente es corta y muy influida por la posibilidad del enfermo de "prever" su mal o aceptarlo en seguida.

2° Fase de negación; comúnmente observada cuando vemos los enfermos rechazar la realidad de sus propios hechos, adoptando posiciones de defensa psicológica muchas veces ilógicas. Estos mecanismos le serán útiles en la reestructuración de su nueva verdad. Poco a poco van aceptando e integrando la realidad de la enfermedad y sus implicaciones.

3° Fase de adaptación: está a continuación de la fase anterior, cuando la persona lentamente reestructura sus nuevas condiciones de vida, con respecto al pronóstico y a las maneras de convivir con su problema. En esta fase es donde se pueden observar las más variadas situaciones, el medio influye con gran intensidad.

La comunicación de la verdad en cancerología funcionará bien o mal, de acuerdo con cada uno de los elementos del triángulo paciente-médico-familia y de su relación.

La familia en general se ocupa mucho del canceroso y de su enfermedad. Podemos decir que él se erige en el centró de la vida familiar, por motivos fácilmente entendidos como necesidad de protección, sufrimiento, gastos y finalmente, muerte.

Con respecto a la comunicación de la verdad, generalmente no hay buen diálogo entre el enfermo y sus familiares. Ellos procuran mantener un clima de esperanza forzada y de negación del diagnóstico que contradice lo que el paciente siente y ya sabe.

El ambiente se vuelve falso y el enfermo pasa a no hablar del asunto con los presentes. El clima de mentira se transforma en lo que se llama "conspiración del silencio", en que todos conocen el tema, sufren en torno a él, pero no hay diálogo.¹²

2.1.11 Comunicación con otros miembros del equipo de salud.

La enfermera rara vez trabaja aislada por completo; incluso en una estación remota de enfermería en donde quizá sea la única persona que proporciona cuidados para la salud a una comunidad, la enfermera casi siempre tiene contacto por radio cuando menos con un hospital de base, en el que puede comunicarse con otros miembros del grupo de salud. Muy pocas trabajan en ambientes rurales aislados. Con mayor frecuencia, laboran en una institución médica de una ciudad, con mucho trabajo, en la que hay muchas enfermedades y otros miembros del grupo.

La comunicación con ellos es parte importante del trabajo de la enfermera. Es esencial facilitar el proceso de atender al paciente. La información obtenida por los otros miembros del grupo constituye la base para plantear la atención completa del paciente. Compartir información ayuda a evitar la duplicidad de esfuerzos en la obtención de datos y permite que cada miembro del grupo se beneficie con la obtenida por otros. La comunicación también es esencial en la

¹² SHAVELSON, José. Op. Cit. Pag.

planeación del cuidado del paciente, de tal forma que todos compartan los mismos objetivos para el enfermo; así la atención se coordina y las personas no trabajan con propósitos contrarios.

La comunicación entre los miembros del grupo de salud se lleva a cabo en muchas formas; gran parte de la información se intercambia de manera informal, en conversaciones, reuniones personales y conferencias telefónicas. Pero también hay conductos más formales, orales y escritos, que llegan a facilitar este intercambio.

El expediente del paciente es un medio muy importante para tener al tanto a todos los miembros del grupo, sobre la última información obtenida y los datos mas recientes de la evolución.¹³

2.2 COMUNICACIÓN.

2.2.1 Concepto de comunicación.

La comunicación es un proceso mediante el cual la información pasa de una persona a otra ya sea de manera directa en reuniones personales o indirectamente a través del teléfono o la palabra escrita. La comunicación es el componente de información de las interacciones. La información se transmite de muchas maneras entre enfermeras y pacientes, enfermeras y familiares, enfermeras y médicos y otros profesionales. La comunicación establece una relación recíproca entre los que proporcionan el cuidado y los que lo reciben. La comunicación es el medio por el cual se da información en situaciones específicas de enfermería para identificar intereses o

¹³ BEVERLY, W. Dugas. Op. Cit. Pag.

problemas y para compartir información que ayude a los individuos a tomar decisiones encaminadas a lograr sus objetivos en el medio ambiente.

La conducta humana que relaciona a una persona con otra y la persona con el medio ambiente es la comunicación; este medio se usa para compartir información e ideas que son signos y símbolos verbales y no verbales mediante los cuales los individuos también expresan sus metas.¹⁴

2.2.2 El Proceso de la comunicación.

La comunicación consiste tanto en el envío como en la recepción de un mensaje. Si no se recibe, no se ha llevado a cabo dicha comunicación.

Como la comunicación es un componente esencial del trabajo de la mayoría de las personas y también un proceso social básico, se ha estudiado mucho. Para ilustrar el proceso se han ideado muchos modelos. El de la fuente, mensaje, conducto, receptor modelo SMCR (del inglés Source, Message, Channel, Receiver) que se muestra de manera sencilla a través de una ilustración que incluye todos los elementos básicos y se comprende con facilidad.



¹⁴ KING, Imogene, M. Op. Cit. pag.

Los elementos esenciales en este proceso son:

- 1.- Una fuente (emisor) alguien que desea enviar un mensaje a otra persona.
- 2.- Un mensaje el pensamiento, sentimiento o idea que el emisor desea enviar
- 3.- Un conducto el medio por el cual se lleva el mensaje.
- 4.- Un receptor la persona a quien va dirigido el mensaje.¹⁵

2.2.3 Factores que intervienen en la comunicación.

Una comunicación eficaz significa que el mensaje que el emisor pretendió enviar llegó al receptor deseado, éste lo recibió e interpretó correctamente, y fue capaz de responder en alguna forma significativa para indicar que recibió el mensaje. Puede haber dificultades en cualquier parte del proceso de la comunicación

Fuente (emisor).

El emisor puede tener alguna dificultad para poner su mensaje en forma que pueda comunicarse; lo que se denomina codificarlo. Algunas personas son muy hábiles para traducir su mensaje a dibujos (por ejemplo, los caricaturistas), pinturas o música. Sin embargo la mayoría se comunica con palabras, habladas y escritas, y con una conducta no verbal, como expresiones faciales, gestos, posturas del cuerpo y tacto. Una persona puede comunicarse en ocasiones en forma muy elocuente utilizando medios no verbales pero, para enviar muchos de los mensajes que desea, debe ser capaz de ligar los significados simbólicos (en forma de palabras) a criaturas vivas y

¹⁵ BEVERLY, W. Dugas. Op. Cit. Pag.

objetos inanimados, así como ordenar estos símbolos para formar mensajes que puedan comprender otros y estar capacitado para enviar su mensaje claramente.

El bienestar físico y el estado emocional de un individuo afectan asimismo su capacidad para comunicarse. Para la persona enferma el intento de comunicarse puede significar un gran esfuerzo o bien, sus procesos de pensamiento tal vez no funcionen lo bastante bien para que pueda reunir sus ideas en un mensaje coherente. El estado emocional de una persona puede facilitar la comunicación, impedir la capacidad de expresarse o interrumpir por completo la comunicación. Cuando está tranquila emocionalmente y se siente cómoda con otro individuo, suele encontrar que le es mucho más fácil hablar y expresarse; el nerviosismo y la ansiedad suelen afectar la capacidad de la persona para integrar un mensaje claro y enviarlo.

Todas las emociones pueden afectar la capacidad de las personas para comunicarse, pueden estar tan abrumadas por la felicidad que quizá no encuentren las palabras para expresarse adecuadamente; también pueden estar tan enojadas que no encuentren una forma adecuada para manifestar su enojo o muy atemorizadas para decir o hacer algo. Sin embargo en estos casos suelen transmitir sus sentimientos en formas no verbales. La expresión facial de una persona puede indicar que está contenta, apretar el puño, golpear la mesa o azotar una puerta pueden expresar enojo en forma tan elocuente como las palabras, los ojos y la expresión facial tirante indican con frecuencia que una persona esta atemorizada.

Mensaje.

Es posible que el mensaje en sí no sea claro. Algunos tienen problemas para pensar con claridad el mensaje que desean enviar. Sin embargo, a

menudo la persona sabe lo que desea comunicar, pero la forma como lo expresa no es del todo la que pretendía. En ocasiones se envían en forma simultánea dos mensajes contradictorios. Por ejemplo, la enfermera puede decir a un paciente, "me da gusto que haya venido, aunque sea tarde", pero el golpeteo impaciente con su pie o las miradas furtivas a su reloj pueden enviar al paciente un mensaje completamente distinto. El ruido u otras distracciones también pueden entorpecer el intercambio de un mensaje.

Para transmitir el significado que pretende el emisor, el mensaje debe enviarse en una forma que pueda comprender la persona que lo recibirá.

Conducto.

El conducto seleccionado para enviar un mensaje debe ser adecuado. Básicamente hay tres conductos principales por los que es posible comunicarse con otras personas. Verbal, escrito y no verbal.

Para la comunicación verbal las personas disponen de varios medios: hablar frente a frente, grabar mensajes en una cinta, llamar por teléfono o comunicarse por radio o televisión todos son medios para palabra hablada. También hay muchas formas de comunicación escrita: notas, cartas, memorandos internos en oficinas, registros y formas, diarios, libros y revistas transmiten mensajes por escrito, pero también hay mensajes no verbales. Con frecuencia se ha dicho que una persona comunica sus verdaderos sentimientos más por sus acciones y ademanes que con sus palabras, en los últimos años, un área amplia de estudio ha sido el "lenguaje corporal": la interpretación de mensajes que las personas envían a través de expresiones faciales, gestos, posturas, formas de caminar, etc.

También existen las fotografías y diagramas que suelen ser útiles como auxiliares o substitutos de las palabras.

La importancia aquí es que el medio elegido debe ser adecuado para el mensaje y su intención ser clara para quién lo recibe. El tacto proporciona en ocasiones mas comprensión de simpatía que las palabras, a alguien que ha sufrido una pérdida.

Receptor.

También puede haber problemas de comunicación en el lado del receptor del proceso. El mensaje puede llegar a un receptor no deseado. A un individuo con problemas de audición le será difícil recibir los mensajes orales, a menos que utilice algún audífono o el mensaje se le comunique con la intensidad y claridad suficiente. Una persona que no sepa leer ni escribir será incapaz de recibir las comunicaciones que se le envíen por escrito. El receptor deseado no sólo debe recibir el mensaje sino también estar capacitado para interpretarlo,

Un gran número de factores físicos y psicosociales pueden afectar la capacidad de una persona para comprender lo comunicado.

También deben estar intactas las estructuras anatómicas y los procesos fisiológicos relacionados con la interpretación de mensajes. Cuando se han deteriorado las facultades mentales de una persona por lesión cerebral o cuando su capacidad para utilizarlas ha disminuido, por ejemplo por somnolencia, alcohol o drogas, su capacidad para recibir o interpretar mensajes es menor.

El estado emocional de una persona también puede alterar su capacidad para recibir mensajes y su habilidad para interpretarlos. Los individuos atemorizados sólo atienden a los mensajes relacionados con el objeto de su temor. Es posible que no reciban ningún otro tipo de mensaje o interpreten erróneamente los que les envían las personas que estén tratando de ayudarlos. Suele decirse que las personas sólo escuchan lo que desean oír, recibir e interpretar mensajes es un proceso activo.

Una vez más, ya que cada persona es un individuo único, con un carácter, experiencia y grupo de valores propios, puede interpretar un mensaje en forma diferente según lo perciba. En consecuencia, el significado que da un mensaje puede ser por completo diferente del que pretendió el emisor. Por supuesto, las palabras no tienen el mismo significado para todos. Los relacionados con los símbolos que utilizamos en nuestro lenguaje difieren según el contexto en que se hayan aprendido las palabras. Los mensajes se reciben e interpretan en un nivel tanto intelectual como emocional.

La fuente de credibilidad también es importante en los adultos. Es decir, una persona debe pensar que la otra le está diciendo la verdad y que es una fuente segura de información. Para promover una comunicación eficaz, la enfermera debe fomentar una atmósfera en que el paciente se sienta seguro, se le acepte como persona y que puede confiar en ella.¹⁶

2.2.4 Comunicación principios de ciencias sociales.

1.- La comunicación entre los individuos se lleva a cabo de varias maneras.

¹⁶ BEVERLY, w Dugas. Op. Cit. Pág.

-
- Cada cultura proporciona un medio simbólico de comunicación entre los individuos y los grupos de individuos.
 - Con el fin de que los símbolos se utilicen eficazmente en la comunicación, estos deben entenderse mutuamente.
 - El comportamiento no verbal es una parte esencial del proceso de la comunicación.

2.- La comunicación esta influida por una gran variedad de factores internos y externos.

- La comunicación entre los individuos ésta influida por la relación que existe entre ellos.
- Mientras mas confianza y prestigio inspira una persona mas probable será que los demás acepten su comunicación como valida sin alteraciones.
- Los mensajes que se reciben de personas que se consideran menos confiables o de menor prestigio tienden a desacreditarse o distorsionarse.
- Si se acepta el comunicador pero el mensaje tiene connotaciones negativas o desagradables, el mensaje tiende a distorsionarse o a "racionalizarse" para que encaje con la opinión que se tiene del comunicador.
- La recepción y la interpretación de un mensaje dado, están influidos por el grado de pericia que se le ha asignado al formulador del mensaje.
- El mandar y el recibir mensajes están influidos por la categorización estereotipada o la percepción de uno y otro por el formulador y el receptor.

3.- Además de la relación que existe entre los comunicadores, la recepción y la interpretación de los mensajes están influidos por una gran variedad de factores como la situación en la cual se lleva a cabo la comunicación.

- El estado interno, las características de la personalidad y otros factores relativos a los individuos involucrados en la comunicación.
- La recepción y la interpretación de los mensajes están influidos por la manera como el mensaje se organiza para su presentación.

4.- Frecuentemente ocurren problemas en la comunicación por la falta de atención hacia ciertas características de la transmisión y de la recepción del mensaje, por ejemplo:

- El contenido y la intención de los mensajes, así, como la recepción y la interpretación de los mismos dependen de los marcos de referencias de los individuos involucrados.
- La dificultad en la transmisión y en la recepción de los mensajes puede aumentar si los participantes en la comunicación utilizan símbolos verbales especializados, forman una comprensión personal de ideas complejas en símbolos únicos o utilizan símbolos vagos o generalizaciones ambiguas.

5.- Frecuentemente surgen problemas en la comunicación porque los que participan en el proceso de la misma hacen inferencias a partir de datos inadecuados.

- Las dificultades de la comunicación (y por lo tanto de las relaciones de respuesta) ocurren si el mensaje verbal no

armoniza con el mensaje no verbal, a pesar de la intención del transmisor.

- Ocurren dificultades en la comunicación si el mensaje está sobrecargado (lleva más contenido del que el receptor puede recibir), desorganizado, ambiguo o tiene demasiados elementos diversos. (en general, la comunicación está sujeta a las mismas dificultades de la percepción).¹⁷

2.2.5 Comunicación no verbal.

Los sentimientos y las actitudes se transmiten no sólo con las palabras que dice una persona, sino también por su conducta no verbal. Las enfermeras deben estar pendientes de sus expresiones faciales, tono de voz, gestos y posturas, que transmiten sutilmente su opinión y sentimientos por otra persona. Al mismo tiempo, deben saber que observando la conducta no verbal de un paciente pueden obtener indicios sobre sus sentimientos, actitudes y, a menudo, su estado físico.

La expresión facial es quizá la forma más común de expresar sentimientos en forma no verbal. Utilizando los músculos faciales transmitimos felicidad, temor, sorpresa, enojo, disgusto (contento) y tristeza. Las expresiones faciales hablan un lenguaje universal.

Los pacientes están muy pendientes de las expresiones faciales de la enfermera para relacionarlas con sus necesidades y ansiedades. Por el contrario, la enfermera puede entender mucho de una persona por sus expresiones faciales. Por ejemplo, los enfermos con dolor tienen un

¹⁷ NORDMARK, R. Bases Científicas de la Enfermería. Ed. Manual Moderno 2° ed. México, 1995, 712 pp.

gesto típico; la cara de un paciente con temor refleja ansiedad; los preocupados suelen fruncir el ceño.

La postura también es un medio de comunicación. Una postura recta, vertical, suele indicar que la persona tiene un buen sentimiento de autoestimación y un gran equilibrio interno. La tristeza, la depresión o la poca autoestima suelen hacer que se encorve o tenga un porte desgarbado. Por ejemplo, no es raro ver alguien muy deprimido hundido en una silla o caminar arrastrando los pies con la cabeza baja y los hombros hacia adelante. El arreglo personal también tiene un significado. Una persona limpia y bien arreglada indica orgullo sobre su apariencia. La actitud del paciente hacia su arreglo personal suele indicar su estado de bienestar, las muy enfermas no suelen tener el vigor o deseo para conservarse arregladas.

La gente no suele darse cuenta de los gestos o ademanes que utiliza, pero tienen un papel importante en la transmisión de sus pensamientos y sentimientos. El ademán de bienvenida cuando se pide a una persona que se siente ayuda a tranquilizarla. Una actitud apresurada con ademanes rápidos de parte de la enfermera despierta la idea de que no tiene mucho tiempo y, como resultado, el paciente se torna resistente a responder las preguntas o confiar sus temores y preocupaciones.

La entonación de la voz suele transmitir una gran variedad de significados sutiles. Hay un refrán que indica que no es tanto lo que se dice sino cómo se dice. El tono de voz de una persona suele indicar sus sentimientos de bienestar. Una persona enferma por lo general habla más lentamente y en un tono mas bajo de lo usual. Cuando hay excitación la voz suele ser más intensa y de tono más alto.¹⁸

¹⁸ BEVERLY, W. Dugas. Op. Cit. Pag.

2.2.6 *El lenguaje verbal.*

Al enviar un mensaje a una persona, ya sea hablado o por escrito, el lenguaje debe ser sencillo y claro. Algunos tienden a "sobrecomunicarse". El mensaje se pierde entre explicaciones, adornos o palabras generales de más que el emisor considera necesarias. Algunas personas "subcomunican", de tal forma que el mensaje es incompleto y quien lo recibe tiene que pedir aclaraciones. Si una persona tiene algo importante que comunicar debe enviar su mensaje en el lenguaje mas sencillo y las menos palabras posible (pero todas las necesarias para que llegue el mensaje), si quiere estar seguro de que su mensaje se interpretará correctamente.

La terminología que la enfermera aprende para comunicarse con eficacia con otros profesionales de la salud no suelen comprenderla los pacientes. La comunicación eficaz con otras personas depende del uso de un lenguaje común. En consecuencia, es importante que las enfermeras hablen a los enfermos en términos que éstos comprendan.

Deben valorar el nivel del lenguaje del paciente y utilizar las palabras adecuadas para expresar su significado con claridad.¹⁹

2.2.7 *Aprender a escuchar.*

En toda comunicación entre enfermera y paciente, el foco principal son los problemas, intereses, sentimientos y actividades del enfermo. Para ayudarlo, la enfermera debe aprender a escuchar. La mayoría de las personas se comunican con bastante facilidad cuando hay alguien que los escuche con atención, que no les imponga sus valores ni les ofrezca

¹⁹¹⁹ BEVERLY, W. Dugas. Op. Cit. Pag.

consejos que no desean. Las técnicas para escuchar bien pueden aprenderse. Muchas de ellas, desarrolladas en las ciencias de la conducta, se enseñan hoy en día a los estudiantes de las profesiones de la salud. Aunque la mayoría de los principiantes tienden a sentir un poco de timidez para utilizarlas, las técnicas pronto se constituyen en un medio habitual para responder, en particular si se comprende la justificación de su uso y se adquiere experiencia en él.

Uno de los primeros aspectos que deben aprender es escuchar con atención. Para el paciente, implica que alguien está interesado en él como persona y desea dedicar tiempo y energía a escuchar lo que tenga que decir.

La postura de la enfermera es importante para darle a entender que lo escucha con atención. Durante el proceso de los cuidados, hay una gran comunicación entre enfermera y paciente y, en particular en hospitales, la enfermera suele estar de pie cuando trabaja. El enfermo no debe pensar que ella tiene prisa. Sentarse implica una conducta más relajada o que estar de pie. En una institución para salud de la comunidad, retirarse del escritorio y sentarse en una silla cómoda (con el paciente también sentado cómodamente) ayuda a crear una atmósfera más relajada para ambos, y asimismo a indicar al enfermo que son iguales en esta relación. Es preferible que tanto la enfermera como el paciente estén al mismo nivel, de modo que pueda conservarse un contacto visual adecuado.

La enfermera debe sentarse directamente frente al paciente -lo que indica su deseo de escuchar. No debe cruzar brazos ni piernas, acciones que tienden a indicar una postura defensiva, pues se trata de evitar actitudes defensivas, para fomentar una relación más abierta. Es útil inclinarse ligeramente hacia adelante (hacia el paciente) mientras

se habla, probablemente, encontrar que es automático la mayoría de las personas lo hacen cuando conversan.

También es necesario vigilar la distancia a que se encuentra el paciente. Todos deseamos tener un cierto espacio libre a nuestro alrededor. Es un instinto de protección natural; cuando otras personas lo invaden nos sentimos amenazados. EL espacio que una persona desea como espacio corporal personal varía según la idiosincrasia, las costumbres culturales, la forma como se siente en un momento determinado y la intimidad de la situación. Algunos individuos desean que nadie esté cerca de ellos cuando están enfermos. Todos nos habremos sentido así en alguna ocasión -simplemente no deseamos que nadie nos toque o se acerque.

Se han estudiado las distancias que se utilizan más comúnmente para las diversas interacciones sociales. Es útil conocerlas para juzgar el espacio que debe conservarse entre la enfermera y el paciente en diferentes situaciones, de tal forma que ambos se sientan cómodos.

El margen promedio para una interacción íntima es 7.5 a 45 cm. Esta distancia se utiliza para información confidencial; la mayoría de las personas puede escuchar un susurro. También se emplea en la comunicación no verbal, al colocar un brazo en el hombro para tranquilizar a alguien o cargar a un lactante. Para una interacción en que se comentan aspectos personales, el límite es de 0.4 y 1.2 metros. A esta distancia una persona con audición normal puede escuchar una voz suave, no así quienes se encuentran más alejados. Es el espacio que debe conservarse cuando se comentan asuntos personales con el paciente. Se debe estar lo bastante cerca para tomarle la mano o tocarle el hombro. Las distancias de 1.2 a 3.7 metros, se utilizan para interacciones más sociales (como en discusiones en grupos pequeños).

Se utiliza el tono de voz normal, pero es importante recordar que puede ser escuchado por otros dentro de ese límite. Esta distancia es adecuada para comentarios sobre aspectos no personales. En interacciones públicas, como la enseñanza en un salón de clases cuando se da una plática a un grupo grande de personas, la distancia debe ser mayor de 3.7 metros. En estas situaciones es necesario tener cuidado de hablar con voz clara, fuerte y con buena dicción las palabras. Una distancia de 6.0 a 7.4 metros suele ser la mayor a que las personas promedio pueden proyectar su voz en interiores, sin utilizar sistemas de amplificación, aunque en exteriores pueden hacerlo hasta los 30 metros.

Muchas de las medidas que las enfermeras utilizan en el cuidado de los pacientes necesitan llevarse a cabo en el límite de la interacción íntima. Las personas suelen sentirse incómodas a esta distancia, con alguien que no conocen bien, y pueden reaccionar con un aislamiento reflejo. Siempre que es posible, la enfermera debe advertirle de antemano al paciente lo que hará.

Escuchar con atención es un proceso activo. La persona debe tener la atención individual de la enfermera. Algunos opinan que no debe tomar notas cuando está platicando con un paciente para obtener información, pero otros creen que no estorba al proceso de comunicación. Ciertamente, cuando es necesario obtener un gran cumulo de información de un paciente, es difícil recordar todo lo que se ha dicho sin ayuda de algunas notas; también puede tranquilizar al paciente saber que se han anotado y no se olvidará, las respuestas de la enfermera también indican que escucha con atención.²⁰

²⁰ BEVERLY, W. Dugas. Op. Cit. Pag.

2.2.8 *La imposibilidad de no comunicar.*

En lo que, antecede al termino "comunicación" se utilizó de dos maneras: como título genérico de nuestro estudio, y como una unidad de conducta definida de un modo general. Trataremos de ser ahora mas precisos. Desde luego, seguiremos denominando simplemente "comunicación" al aspecto pragmático de la teoría de la comunicación humana. Para las diversas unidades de comunicación (conducta). hemos tratado de elegir términos que ya son generalmente comprendidos. Así, se llamará mensaje a cualquier unidad de comunicación singular o bien se hablara de una comunicación cuando no existan posibilidades de confusión.

Una serie de mensajes intercambiados entre personas recibirá el nombre de interacción. En primer lugar, hay una propiedad de la conducta que no podría ser más básica por lo cual suele pasársela por alto: no hay nada que sea lo contrario de conducta. En otras palabras, no hay no-conducta o, para expresarle de modo aún más simple es imposible no comportarse.

Ahora bien, si se acepta que toda conducta en una situación de interacción tiene un valor de mensaje, es decir, es comunicación, se deduce que por mucho que uno lo intente, no puede dejar de comunicar, actividad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre valor de mensaje; que influyen sobre los demás, quienes a su vez, no pueden dejar de responder a tales comunicaciones, y por ende, también comunican. Debe entenderse claramente que la mera ausencia de palabras o de atención mutua no constituye una excepción a lo que acabamos de afirmar.

En síntesis, cabe postular un axioma metacomunicacional de la pragmática de la comunicación: no es posible no comunicarse.²¹

2.2.9 Descalificación de la comunicación.

Las descalificaciones abarcan una amplia gama de fenómenos comunicacionales, tales como autocontradicciones., incongruencias, cambios de tema, tangencializaciones, oraciones incompletas, malentendidos, estilo oscuro o manierismos idiomáticos, interpretaciones literales de la metáfora e interpretación metafórica de las expresiones literales, etc.

No es sorprendente que habitualmente recurre a este tipo de comunicación todo aquel que se ve atrapado en una situación en la que se siente obligado a comunicarse pero, al mismo tiempo, desea evitar el compromiso inherente a toda comunicación. Desde el punto de vista comunicacional, por lo tanto, no hay diferencia esencial entre la conducta de un individuo llamado normal que ha caído en manos de un entrevistador experimentado y la de un individuo llamado mentalmente perturbado que se encuentra en idéntico dilema: ninguno de los dos puede abandonar el campo, ninguno puede no comunicarse, pero probablemente por razones propias tiene miedo o no desean hacerlo. En cualquiera de los dos casos, probablemente el resultado sea un balbuceo incoherente, con la excepción de que, en el caso del enfermo mental, el entrevistador, si se trata de un psicólogo conocedor de los símbolos de la mente tiende a entenderlo sólo en términos de manifestaciones inconscientes, mientras que para el

²¹ WATZLAWICK, Paul. Teoría de la Comunicación Humana. Ed. Herder, Barcelona, 1985, 260 pp.

paciente tales comunicaciones pueden constituir una buena manera de complacer al entrevistador mediante el sutil arte de no decir nada diciendo algo.²²

2.2.10 Los niveles de contenido y las relaciones de la comunicación.

El aspecto referencial de un mensaje transmite información, y por ende, en la comunicación humana es sinónimo de contenido del mensaje. Puede referirse a cualquier cosa que sea comunicable al margen de que la información sea verdadera o falsa, válida, no válida o indeterminable. Por otro lado, el aspecto conativo se refiere a qué tipo de mensaje debe entenderse que es y, por ende, en última estancia, a la relación entre los comunicantes.

Resulta interesante que antes de que los científicos conductistas comenzaran a indagar en estos aspectos de la comunicación humana, los expertos en computadoras hubieran tropezado el mismo problema en su propia labor. Se hizo evidente en tal sentido que, cuando se comunicaban con un organismo artificial, sus comunicaciones debían ofrecer aspectos tanto referenciales como conativos.

Si volvemos ahora a la comunicación humana, observamos que esa misma relación existe entre los aspectos referencias y conativo: El primero transmite los "datos" de la comunicación, y el segundo, como debe entenderse dicha comunicación. "Esta es una orden" o "solo estoy bromeando" constituyen ejemplos verbales de esa comunicación acerca de una comunicación. La relación también puede expresarse en forma no verbal gritando o sonriendo o de muchas otras maneras. Y la relación puede entenderse claramente a partir del contexto en el que la

²² WATZLAWICK, Paul. Op.Cit.pag.

comunicación tiene lugar, por ejemplo, entre soldados uniformados o en la arena de un circo.

Por el momento, limitémonos a resumir lo antedicho y establecer otro axioma de nuestro calculo tentativo: Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación.²³

2.3 PACIENTE CON CANCER

2.3.1 Concepto de cáncer.

En la actualidad es muy frecuente utilizar el término "cáncer", sin embargo, el término neoplasia, que significa "nuevo crecimiento", es mas preciso.

Willis define: "la neoplasia es una masa anómala de tejido, cuyo crecimiento excede y no esta coordinado con el de los tejidos normales, y persiste de un modo igualmente excesivo después del cese de estímulos que provocaron el cambio".

El cáncer puede considerarse como un grupo muy heterogéneo de padecimientos de etiología multifactorial, relacionados por la manera como se desarrollan, como se diseminan y por su conducta biológica que frecuentemente conduce a la muerte del huésped. El cáncer puede también definirse como la proliferación anormal de células transformadas, que no responden apropiadamente a los sistemas fisiológicos de regulación del crecimiento.

²³ WATZLAWICK, Paul. Op.Cit.pag.

Como resultado del proceso proliferativo, las barreras tisulares pueden ser penetradas (invasión), se pierden diversas funciones regulatorias (destrucción) y ocurren nuevas formaciones tumorales en sitios distantes al tumor primario. Es fundamental no conceptuar el cáncer como una sola enfermedad, sino como un espectro de enfermedades, cada una de ellas con un patrón único de presentación y una estrategia diagnóstica, y con un tratamiento y pronóstico también individuales.

Existen neoplasias benignas y malignas. Las benignas son aquellas que están encapsuladas, no son invasivas, están bien diferenciadas y tienen un crecimiento lento. Las malignas son sinónimo de cáncer, se expresan como una alteración de la célula, posteriormente invaden estructuras circundantes como tejido, músculo, vasos sanguíneos, vasos linfáticos; provocando alteraciones estéticas desfigurantes.²⁴

2.3.2 El enfermo canceroso.

Realmente, el campo del cáncer es sumamente grande y extraordinariamente profundo. No voy a tocar el tema del cáncer en general, sino tangencialmente, sus consecuencias sociológicas, para poder mantenerme dentro de los límites de la observación fenomenológica y escapar del fantasma que continuamente acecha al investigador psiquiátrico: la especulación.

Voy a intentar reducirme a la observación del canceroso, del enfermo de cáncer, tratando al mismo tiempo de dar un mensaje redondo.

²⁴ SOSA, R. Pilar, Manual de Actualización para enfermeras Oncohematológicas. Ed. Glaxo, México, 1995, 210 Pp.

La primera impresión que recibe un psiquiatra cuando se adentra en un hospital de cáncer, es de gran desazón y de una profunda confusión:

"Definitivamente, los enfermos de cáncer no son enfermos mentales".

Esa es la primera conclusión a la que uno llega después de pocos días de contacto con estos enfermos. El canceroso carga solo sus emociones negativas.

Las manifestaciones del sufrimiento que preceden al cáncer, tienden a ser silentes, contrariamente a lo que sucede en otras enfermedades, el estudiar cortes longitudinales de la vida de los cancerosos, permite decir, con un margen de seguridad, estadísticamente significativo, que hay pérdidas tempranas familiares, sobre todo en cierto tipo de cáncer temprano y que, en los cánceres más tardíos, las pérdidas son tardías y reactivadoras de otras anteriores en la consternación familiar.

En los cancerosos que hemos observado, siempre se produce una pérdida brusca, en una personalidad que es incapaz de substituir esa pérdida para ese momento. El canceroso es una persona sensata, seria, activa, responsable, que deja lentamente que se acumule alrededor de su actividad, toda la actividad de su núcleo familiar, de su grupo comunitario y social, convirtiéndose en algo que yo he llamado "el pipote de la basura": el continente del sufrimiento que la familia recibe silenciosa y heroicamente.

Este enfermo, en el momento de dar su primera sintomatología, se preocupa más de su trabajo y de su familia que de su enfermedad; se preocupa luego más por los que va a dejar que por lo que le va a pasar a él.

El canceroso vierte hacia los demás un gran deseo de ser aceptado, de ser reconocido. En una palabra, es la imagen de lo -que debe ser un elemento socializante, dando mucho y recibiendo muy poco, y con cierta capacidad de desolación destinista.²⁵

2.3.3 Aspectos psicológicos del paciente con cáncer.

El manejo psicológico y social del paciente con cáncer y de su familia es a menudo complejo y causa de ansiedades; cualquiera que fuera la reacción del paciente es igualmente compleja e importante. El oncólogo puede adaptar su práctica de una manera que provoca inquietud a los pacientes y a sí mismo, pero la generalidad de los médicos a menudo decide no "pasar mucho tiempo con pacientes con cáncer", evitando así el posible malestar. Pero, ¿qué precio paga el paciente con cáncer por esta decisión? Debe averiguarse acerca de la estructura de la psiquis del hombre y de la sociedad de la cual es parte, las técnicas utilizadas por el hombre para lidiar con el estrés y, específicamente; la respuesta del hombre a su miedo a la muerte. Muerte es lo que la palabra cáncer significa para la mayoría del público, y también para la mayoría de los médicos.

El miedo a la muerte refleja nuestro instinto de conservación; sin embargo, esta ansiedad debe ser decididamente reprimida como condición para el normal funcionamiento diario. Por lo tanto, las acciones del hombre, especialmente cuando ocurren en situaciones de gran estrés, pueden parecer raras, salvo que se consideren dentro del contexto omnipresente del miedo del hombre a la muerte.

²⁵ RISQUEZ, Fernando. Op. Cit. Pág.

El fenómeno de la muerte social puede constituir un punto de extrema dificultad para entablar una comunicación. A menudo se pasa por alto el hecho de que las familias y las comunidades deben atravesar por una serie de rituales cuando muere un miembro. Mucho personal de enfermería desconoce la posibilidad de una profunda reacción social al diagnóstico del cáncer; ignorando el hecho de que el cáncer es, a menudo, considerado como castigo por un delito. Al no ser conscientes de estos fenómenos sociales, pueden tener altercados graves con miembros de la familia del paciente, ya que existen malentendidos.

El personal de enfermería no puede dar esperanza ni destruirla; ésta surge o no de la misma persona. De igual manera no se debe forzar al paciente a abandonar el rechazo antes de estar preparado, tampoco necesita esforzarse en formular una causa de esperanza, ya que no se está especialmente clasificado o dotado para hacerlo; bastan la honestidad y la simplicidad.

Es a menudo tentador abandonar al paciente con una enfermedad intratable o con un estado emocional "intratable". Sin embargo, los pacientes con cáncer y sus familiares son particularmente sensibles al abandono. Aun en una situación en que tanto el paciente como sus familiares estén en la etapa de "aceptación", debe prestarse atención a las necesidades implícitas. Desafortunadamente, el abandono ocurre generalmente cuando la furia del paciente y familiares literalmente obliga al médico a mantenerse fuera de la habitación y a evitar cualquier contacto, salvo el mínimo requerido. Es este "eludir" el que se interpreta como abandono, aun ante un cuidado técnicamente excelente. probablemente ningún acto del equipo puede tener un impacto más destructivo sobre un paciente y su familia que el abandono. Sin embargo, los miembros del equipo, seguros de estar

cumpliendo con sus deberes técnicos y no percatándose de que la reacción de ansiedad-furia-culpa es inherentemente biológica, se consuelan mutuamente, muy sorprendidos por la ingratitud, tanto del paciente como de la familia.²⁶

El cáncer es una de las enfermedades con mayor impacto psicológico; es la leyenda de la incurabilidad del cáncer, así como el miedo a las terapias radicales y a los cambios en la imagen corporal, lo que inspira temor.

2.3.4 La actitud del paciente hacia el cáncer.

Varía considerablemente entre los diferentes pacientes, dependiendo de factores culturales, sociales, económicos y educacionales entre otros.

La actitud más importante y prominente del paciente es el miedo: miedo a padecer un cáncer, miedo a que éste sea fatal, miedo a que pueda suponer una intervención "mutilante", miedo al dolor que esta pueda causar, miedo al tratamiento y a sus efectos secundarios.

El médico y la enfermera tienen que ser capaces de reconocer las actitudes de los pacientes, de entender las bases desde las que estas se desarrollan, y de ofrecer vías razonables para responder a estas actitudes, de manera que se identifiquen las necesidades de los pacientes, y que éstos acepten y cooperen satisfactoriamente en el tratamiento.²⁷

²⁶ LEVINE, S. Artur. Op. Cit. Pág.

²⁷ SHAVELSON, José. Op. Cit. Pág.

2.3.5 Derechos humanos del paciente con cáncer.

El primer derecho que tiene un enfermo es que se reconozca su enfermedad y su evolución como una resultante de su propia historia psicofísica y social. Para él, es su enfermedad, es propia, es única y singular. Por eso sus puntos de vista, sus opiniones y sus decisiones, sobre la base de una información adecuada, deben ser escuchados y respetados.

El segundo derecho de un paciente es el de que la estructura sanitaria no sea omnipotente con él. Que la organización no resuelva ser su Dios y no exiga su sometimiento para obtener atención médica: ser "internado", codificado, aislado de su medio y "sometido" a un tratamiento.

El tercer derecho inalienable es el de tener su propia muerte, como su estructura personal lo determine, y el de ser atendido en su morir que, repito, es solamente suyo.

Cuarto. El enfermo tiene derecho a estar a salvo de la agresión a no ser tratado como víctima propiciatorio, verdadero cordero pascual de la estructura a la que pertenece, tiene derecho a que le hagamos sentir que estamos preocupados por él como persona y que lo queremos.

Quinto. Le asiste el derecho a continuar haciendo uso de los medios tecnológicos y asistenciales, aun cuando por la evolución o estadio de la enfermedad se haya considerado prejuiciosamente o no, que es "un cáncer avanzado", a que no lo demos de alta porque no puede satisfacer a una estructura que, como un moderno Dios Moloch, sólo acepta pacientes que estén en condiciones de tolerar nuestros tratamientos.

El sexto derecho humano es el de conocer, si lo desea, cuáles son las opciones posibles de su enfermedad y de participar en la toma de decisión, considerando que las opiniones científicas de otras escuelas médicas son opciones del paciente y no hacerselas conocer es una falta de respecto.

Y finalmente, su séptimo derecho inalienable es el de poder decir que no a una propuesta y, a pesar de ello, que continuemos atendiéndolo, que no lo amenacemos, en forma implícita o explícita, con el abandono, sí no se "somete" a nuestra organización y decisiones.²⁸

²⁸ SHAVELSON, José, Impacto Psicológico del Cáncer, trabajos presentados en el simposio 21 del XII Congreso Internacional del Cáncer; Ed. Galerna, Buenos Aires, 1979, 204 Pp.



METODOLOGIA

METODOLOGIA

3.1 HIPOTESIS

3.1.1 General.

H1: La comunicación del personal de enfermería y el paciente influye en la atención que se brinda dentro del Instituto Nacional de Cancerología.

3.1.2 De trabajo.

H2: A mejor comunicación entre el personal de enfermería y el paciente, mayor atención, calidad y calidez en el Instituto Nacional de Cancerología.

3.1.3 Nula

H0: La falta de comunicación entre el personal de enfermería y el paciente oncológico, no influye en la atención del mismo.

3.3 VARIABLES E INDICADORES.

3.2.1 Variables Independientes.

Personal de enfermería.
Paciente con cáncer.

Indicadores del personal de enfermería.

Comportamiento.

Aptitud.

Relación con el enfermo.

Funciones con el paciente.

Indicadores del paciente con cáncer.

Muerte social.

Pronóstico de vida.

Esperanza y abandono.

Aptitud del paciente.

Derechos humanos.

Soledad y martirio.

Llanto y desconsolación.

Imagen.

Autoestima.

Negación a la realidad.

Demanda de servicios.

3.2.2. Variable dependiente.

Comunicación.

Indicadores de comunicación.

Imposibilidad.

Descalificación.

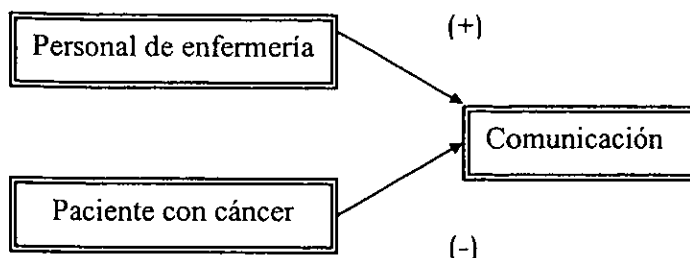
Niveles de contenido.

Factores.

Lenguaje.

Dificultad.

3.2.3 Modelo de la relación causal de las variables.



3.3 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION.

3.3.1 Tipo.

Esta investigación se considera de tipo observacional, transversal y abierta.

Observacional: Porque mediante la observación se detectan las variables, sin causar modificación alguna: Personal de enfermería, paciente con cáncer y comunicación.

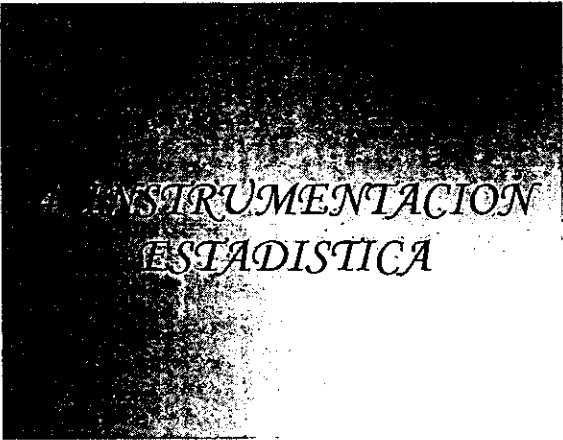
Transversal: Porque se analizarán las variables e indicadores que influyen en la problemática expuesta.

Abierta: Porque se conocen las condiciones que pueden modificar las variables en estudio.

3.3.2 *Diseño.*

La investigación se ha estructurado siguiendo fácilmente los pasos que a continuación se mencionan:

- ❖ Revisión bibliográfica para la recolección del Marco teórico en cuanto las variables Personal de enfermería, Paciente con cáncer y comunicación.
- ❖ Elaboración de los objetivos de la investigación así como también el marco teórico que apoyará el problema y las hipótesis.
- ❖ Elaboración de las hipótesis general, de trabajo y nula. Así como de las variables con sus indicadores que nos permite medir empíricamente la variable.
- ❖ Elaboración de la instrumentación estadística incluyendo el universo, la población y la muestra, el procesamiento de datos, la comprobación de hipótesis y el análisis e interpretación de resultados.



*INSTRUMENTACION
ESTADISTICA*

INSTRUMENTACION ESTADISTICA

4.1 UNIVERSO, POBLACION Y MUESTRA.

El universo está constituido por 289 enfermeras que constituyen la planilla completa del Instituto Nacional de Cancerología, a finales de 1998

La población es el personal con atención directa al paciente oncológico, que son 243 enfermeras en total. Esta cifra representa el 84% del universo.

La muestra será de 100 enfermeras, esta cifra significa, el 34.6% en relación con el universo y el 41% en relación con la población en estudio.

4.2 PROCESAMIENTO DE DATOS.

Los datos se presentan en gráficas después de realizar la tabulación, el recuento, el conteo y la clasificación de los mismos.



GRAFICAS

GRÁFICAS

GRÁFICA 1

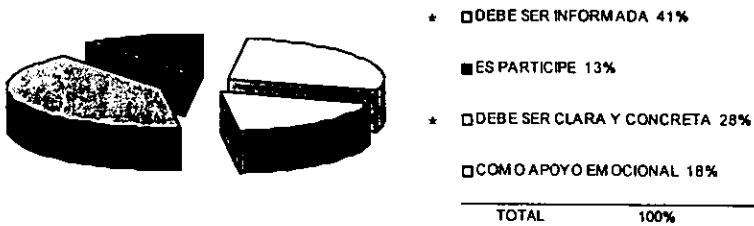
Porcentaje de respuestas sobre los derechos humanos del paciente oncológico, con relación a la comunicación enfermera-paciente en el Instituto Nacional de Oncología.



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario anexo.
José Cruz Rivas Herrera. INCAN. 1998.

GRÁFICA 2

Porcentaje de respuestas con relación a la comunicación. Ver pregunta No. 2 del cuestionario anexo.

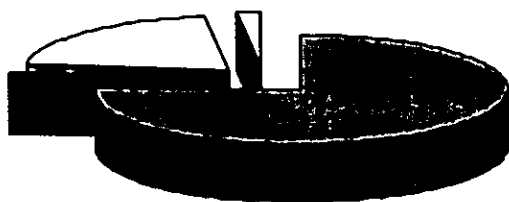


Fuente: IDEM. GRÁFICA No. 1

* Ver comprobación de hipótesis.

GRÁFICA 3

Porcentaje de respuestas sobre lo que contesta si un paciente le pregunta sobre su diagnóstico.

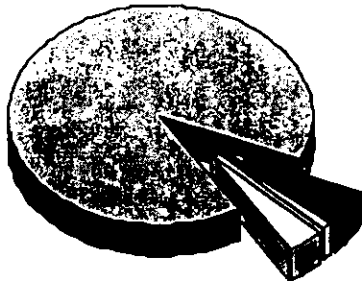


* <input type="checkbox"/> DEBE CONOCERLO	76%
<input type="checkbox"/> LE MIENTE	1%
<input type="checkbox"/> DEJA LA RESPONSABILIDAD A OTRA PERSONA	21%
<input type="checkbox"/> NO CONTESTO	2%
<hr/>	
TOTAL	100%

Fuente: IDEM GRAFICA 1.

GRAFICA 4

Porcentaje de respuestas sobre lo que ha observado en él, cuando usted le da una información sobre su diagnóstico.

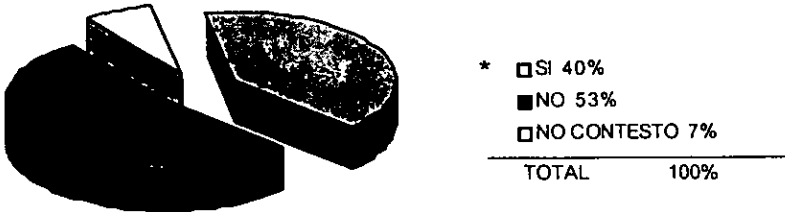


* □	MUESTRA INTERES Y TRANQUILIDAD	90%
■	FIJA SU MIRADA EN OTRO SITIO	5%
□	DA LA ESPALDA	1%
□	NO CONTESTO	4%
TOTAL		100%

Fuente: IDEM GRAFICA 1.

GRAFICA 5

Porcentaje de respuestas sobre cómo afecta la comunicación con el paciente la relación interpersonal con el personal médico y paramédico.



Fuente: IDEM GRAFICA 1.

GRÁFICA 6

Porcentaje de respuestas sobre cuándo se inicia la comunicación con el paciente.



- * EN EL PRIM ER CONTACTO 95%
- EN LA SEGUNDA OPORTUNIDAD 5%

TOTAL	100%
-------	------

Fuente: IDEM GRAFICA 1.

GRAFICA 7

aje de respuestas sobre si conoce alguna dificultad en la ración de recursos materiales que afecto la comunicación con el



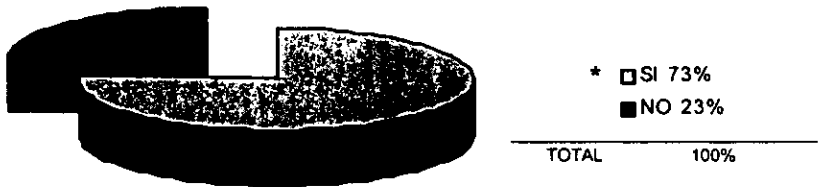
* NO 77%
 SI 23%

TOTAL	100%
-------	------

DEM. GRÁFICA No. 1

GRÁFICA 8

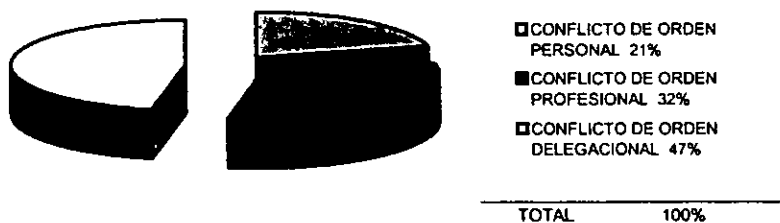
Porcentaje de respuestas sobre si influye la distribución de personal de enfermería en la comunicación con el paciente oncológico.



Fuente: IDEM GRAFICA 1.

GRAFICA 9

Porcentaje de respuestas sobre qué afecta la comunicación del paciente;
de la relación interpersonal con el paciente.



TOTAL 100%

Fuente: IDEM GRAFICA 1.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

GRAFICA 10

Porcentaje de respuestas sobre si el saber que el paciente tiene cáncer es un obstáculo para que se comunique con él.



Fuente: IDEM GRAFICA 1.

GRÁFICA 11

Porcentaje de respuestas sobre cómo favorece la relación interpersonal con el paciente.



* ESTA CON EL 82%

PLANEÓ EL APOYO EMOCIONAL CON OTRO COMPAÑERO DEL SERVICIO 4%

ASISTIO A CURSOS 10%

NO CONTESTO 4%

TOTAL 100%

Fuente: IDEM GRAFICA 1

GRÁFICA 12

Porcentaje de respuestas sobre cuáles eran sus expectativas en relación con el paciente con cáncer cuando ingresó al Instituto?



* □	SUPERACION PERSONAL	41%
■	NO TENGO	32%
▣	NO RESPONDIO	27%
TOTAL		100%

Fuente: IDEM. GRÁFICA No. 1

GRÁFICA 13

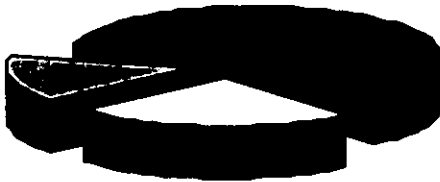
Porcentaje de respuestas sobre si tenía conocimientos previos del paciente con cáncer.



Fuente: IDEM GRAFICA 1.

GRAFICA 14

Porcentaje de respuestas sobre si esos conocimientos previos se relacionan con una experiencia significativa.



- * □ ASPECTOS AFECTIVOS 15%
- ASPECTOS COGNITIVOS 60%
- NO SE RELACIONAN 25%

TOTAL	100%
-------	------

Fuente: IDEM GRAFICA 1.

GRAFICA 15

Porcentaje de respuestas sobre si tener un conocimiento previo de la enfermedad influye para la comunicación con el paciente.



Fuente: IDEM GRAFICA 1.

COMPROBACION
DE HIPOTESIS

COMPROBACION DE HIPOTESIS

Se presentan los resultados en valores porcentuales, comprobando las hipótesis utilizando estadística descriptiva.

	SI
Los derechos humanos del paciente influyen en la comunicación.	69%
El paciente debe ser informado sobre su diagnóstico.	69%
Debe de conocer su diagnóstico.	76%
Al paciente le gusta ser informado.	90%
La relación interpersonal con el equipo medico y paramédico afecta la comunicación.	40%
Se inicia la comunicación en el primer contacto.	95%
La administración de recursos materiales afecta la comunicación.	23%
Influye la distribución del personal de enfermería en comunicación.	73%
Afectan los conflictos de orden delegacional.	47%
Si el paciente tiene cáncer es un obstáculo para que se comunique con él.	6%
Aprovecha el tiempo libre para estar con él.	82%
Superación personal era mi expectativa al ingreso.	41%
Tenía conocimientos previos del paciente con cáncer.	63%
Esos conocimientos fueron adquiridos en la escuela.	60%
El tener un conocimiento previo de la enfermedad influye para la comunicación.	64%

4.5. ANALISIS DE RESULTADOS

ANÁLISIS DE RESULTADOS

En la pregunta Núm. 1, los participantes de la muestra en estudio consideran que la comunicación es relevante, este punto no da oportunidad a ampliar la perspectiva de cómo tiene que ver, sin embargo, cuando se les pregunta al personal que el paciente debe ser informado sobre su enfermedad y tratamiento, un 41% afirma dicha situación, un 28% refiere que debe ser clara y concreta y un 13% que es participe en las indicaciones médicas. También refiere la muestra que el 76% del personal encuestado esta de acuerdo que el diagnóstico debe conocerlo el paciente ampliamente.

Estos resultados parecen indicar que el personal de la Institución sabe que el paciente esta preparado y es responsable de su participación en el tratamiento. Una afirmación en este sentido se infiere en la pregunta Núm. 4; sobre las estadísticas emocionales y corporales que implican comunicarse con el paciente. El 90% de los pacientes muestran interés y tranquilidad al relacionarse con el personal de enfermería alrededor de la información de su diagnóstico.

Parece ser, de acuerdo a los resultados, que hay un grado de sensibilización avanzado en la relación enfermera-paciente.

Por otro lado, un gran número de personas del estudio; señalan que no existe una relación directa entre la disposición de materiales y equipo en la voluntad del personal para la comunicación con el paciente, no es un factor determinante en la misma.

La comunicación como tema central de esta tesis se observa en la respuesta que dan las personas de la muestra estudiada, respecto al momento en que ellos consideran que inicia este proceso. El 95% de ellas considera que esta se inicia en el primer contacto con el paciente; lo que reafirma lo observado en la pregunta Núm. 6, en que tiene que ver la comunicación enfermera-paciente.

En cuanto a la relación interpersonal enfermera-enfermera, enfermera-médico; es importante reconocer de acuerdo a los resultados que representa un obstáculo para la atención integral del paciente los conflictos de orden personal, profesional y delegacional, ocupando un porcentaje importante de la muestra.

Por otro lado, visto individualmente el 89% se expresa en un lenguaje de empatía. Considera que cualquier situación por la que esta pasando el paciente, independientemente de su diagnóstico, siente interés y aceptación; por lo tanto no es un obstáculo para la comunicación.

Dos terceras partes creen importante que el número de enfermeras que resuelven la atención al paciente, es un factor de influencia en sus cuidados o procedimientos de enfermería; el resto de la población estudiada es posible que tenga que ver con las personas que no están de acuerdo con la relación interpersonal.

El 63% de las enfermeras afirmaron tener conocimientos previos sobre el paciente con cáncer; especifican que su experiencia ha sido significativa con relación al tema de cáncer.

En esta experiencia significativa las personas apuntan diversos puntos como son: aspectos afectivos y cognitivos.

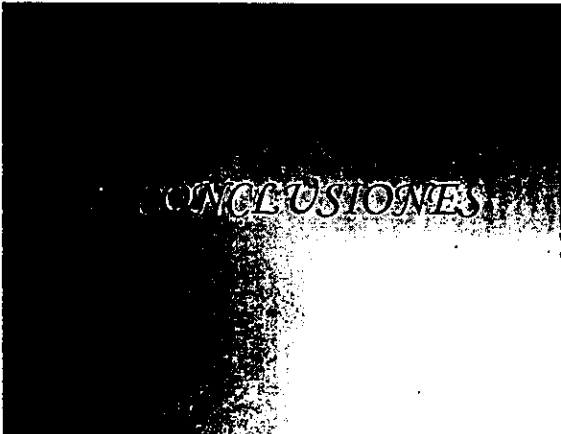
En el apartado sobre las expectativas del personal de enfermería en relación con el paciente con cáncer se espera que una tercera parte de la población estudiada no respondió o respondió no tengo; apoyándome en los hallazgos obtenidos a través de este instrumento, quizá sea un reflejo de no-compromiso en la relación interpersonal y sí un cuidado en el desarrollo de aptitudes para el manejo de rutinas.

Cerca de la mitad de la población relaciona sus expectativas al proporcionar cuidados al paciente con parámetros afectivos y cognitivos, aunque hay dos aspectos importantes que hay que hacer notar; por una parte una minoría acepta asistir a cursos para su crecimiento personal, en cambio un número importante de personas expresa su deseo de tener mayor número de elementos para brindar una atención de calidad y calidez.

Una quinta parte expresa sentimientos para entender las necesidades del paciente sobre todo las emocionales, además un desconocimiento en relación con el proceso vital de un paciente en etapa terminal.

Un dato importante que arrojó la investigación en el último apartado sobre la influencia del conocimiento previo de la enfermedad y la comunicación con el paciente es singular ya que para dos terceras partes el hecho de contar con un bagaje cognitivo determina el mejor manejo del proceso de la comunicación que culmina en una atención de calidad y calidez.

Para la tercera parte restante no es importante el conocimiento previo porque de acuerdo a ellos independientemente de que exista enfermedad o no, siempre habrá comunicación en cualquier dirección.



CONCLUSIONES

- La comunicación es un derecho humano del paciente con cáncer.
- La enfermera debe informar al paciente sobre su tratamiento.
- El conocimiento de su enfermedad tranquiliza al paciente.
- El paciente debe de conocer su diagnóstico de cáncer.
- El conocimiento de su enfermedad por parte del paciente favorece la atención de calidad y calidez de la enfermera.
- Los recursos materiales no influyen en la comunicación con el paciente, pero si los recursos humanos.

-
- La comunicación enfermera-paciente se inicia en el primer contacto.

 - Los conflictos delegacionales si influyen en la comunicación.

 - Independientemente del diagnóstico del paciente la enfermera mantendrá la comunicación.

 - El personal de enfermería enfatiza que la capacitación en su área es importante para mantener una buena línea de comunicación.

68 ANEXOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

Cuestionario para conocer el grado de comunicación entre la
enfermera y el paciente oncológico.

José Cruz Rivas Herrera

Asesoría: Enf. Y Lic. en Pisc. Ma. del Carmen Hernández Guillén

Objetivo de la Investigación:

El presente cuestionario tiene la finalidad de identificar algunos aspectos que dificulten la comunicación del personal de enfermería con el paciente oncológico.

INSTRUCCIONES: I) De acuerdo a tu criterio subraya la respuesta que creas correcta.

1.- Los derechos humanos del paciente con cáncer tienen que ver con la comunicación enfermera-paciente.

a) Si b) No

2.- De las siguientes opciones señale con cuales está usted de acuerdo:

-
- a) El paciente debe ser informado sobre su enfermedad y tratamiento.
 - b) El paciente es participe en las indicaciones médicas.
 - c) La comunicación entre el personal de enfermería y el paciente debe ser clara y concreta, en relación con su enfermedad.
 - d) La comunicación como apoyo emocional al paciente es independiente de su estado de gravedad o agonía.

3.- Si un paciente le pregunta sobre su diagnóstico, usted:

- a) Le informa sobre su tratamiento.
- b) Amplia la información.
- c) Da respuesta alrededor de lo que es su diagnóstico.
- d) Evade la respuesta correcta con una mentira.
- e) Deja la responsabilidad en otra persona.

4.- ¿Cuándo usted da una información al paciente sobre su diagnóstico, ha observado que él:

-
- a) Se le queda mirando como esperando más información.
 - b) Fija su mirada en otro sitio y deja de hablar con usted.
 - c) Le da la espalda, cambiando de postura.
 - d) Se queda tranquila.

5.- La relación interpersonal con el equipo médico y paramédico dentro del Instituto afecta la comunicación con el paciente:

- a) Si
- b) No

Especifique por que:

a)

b)

c)

d)

6.- ¿Cuándo inicia usted la comunicación con el paciente?

- a) En el momento de la presentación.

b) Al recibir el turno.

c) Cuando le realiza algún procedimiento.

d) Al atender alguna solicitud de demanda de servicios del paciente.

e) Con un saludo.

7.- ¿Conoce usted alguna dificultad en la administración de recursos materiales que afecten la comunicación con el paciente?

a) Si b) No

b) ¿Cuál? _____

8.- Influye en la comunicación con el paciente oncológico la distribución del personal de enfermería:

a) Si b) No

c) En que _____

9.- De la relación interpersonal con el equipo de enfermería; que afecta la comunicación con el paciente.

- a) La no oportunidad de un ambiente de relación social.
- b) Conflictos interpersonales en personas claves (jefes, líderes de piso, etc).
- c) Conflictos de control por el poder en el equipo.
- d) Manejo de autoridad autónoma (solo yo tengo la razón).

10.- El saber que el paciente tiene cáncer, es un obstáculo para que usted se comuniqué con él.

- a) Si b) No

c) Por que: _____

11.- ¿Cómo favorezco la relación interpersonal con el paciente?

Le saludo al recibirlo al servicio.

Respeto sus sentimientos y lo apoyo al ingresarlo al hospital.

Cuando puedo aprovecho el tiempo libre para platicar con él.

Planeo el apoyo emocional con otro compañero del servicio. Asisto a cursos que permitan favorecer la comunicación con él.

INSTRUCCIONES: II) En las siguientes preguntas, conteste por favor de forma abierta y como usted lo sienta:

1.- ¿Cuáles eran sus expectativas en relación con el paciente con cáncer, cuando usted ingreso al Instituto?

2.- ¿Tenía conocimientos previos del paciente con cáncer?

3.- Esos conocimientos previos se relacionan con una experiencia significativa.

4.- ¿Cree usted que tener un conocimiento previo de la enfermedad influye para la comunicación con el paciente?

a) Si b) No

c) Porqué _____

Elaboró: Psic. Ma. Del Carmén Hernández Guillén.
 PSS. José Rivas Herrera.

GLOSARIO DE
TERMINOS

GLOSARIO DE TERMINOS

Afabilidad.- Calidad de afable.

Afable.- Agradable, Amable.

Altercado.- Contienda, disputa.

Ambiguo.- Incierto, confuso.

Antemano.- Con anterioridad.

Axioma.- Verdad evidente.

Balbucear.- Articular mal y dificultosamente.

Ceño.- Gesto de disgusto hecho arrugando la frente.

Connativos.- Tendencia, propósito.

Connotación.- Valores que se pueden atribuir a un término además de su sentido propio.

Constatación.- Acción y efecto de constatar.

Dilema.- Argumento de dos proposiciones contrarias que conducen a una misma conclusión.

Discrepancia.- Diferencia, desigualdad.

Elocuente.- Facultad de hablar.

Ende.- Por tanto.

Erigir.- Construir, levantar.

Estereotipada.- Que se presenta siempre del mismo modo.

Gama.- Escala.

Idiomático.- Característico de una lengua determinada.

Idiosincrasia.- Manera de ser propia de una persona o colectividad.

Idóneo.- Adecuado

Inanimado.- Que no tiene vida.

Intangible.- Que debe permanecer intacto.

Itinerario.- Concerniente a los caminos.

Lego.- Seglar, laico, que no tiene ordenes clériciales.

Manerismo.- Forma o manera de ser, de acuerdo a la situación en punto.

Omnipotente.- Todo poderoso.

Omnipresente.- Que está siempre presente en cualquier lugar.

Pericia.- Habilidad en una ciencia o arte adquirida por la experiencia.

Pragmático.- Que está fundado o que funda las teorías en el estado de hechos.

Proceso.- Conjunto de las fases de un fenómeno en evolución.

Psiquis.- El alma, el intelecto.

Sanitaria.- Relativo a la sanidad (calidad de sano).

Séquito.- Grupo de personas que acompañan a otra principal.

Susurro.- Murmullo, ruido suave que resulta de hablar bajo.

Sutil.- Delgado, delicado, tenue.

Tangencia.- Estado de lo que es tangente.

Tangente.- Aplícase a las líneas y superficies que se tocan en un solo punto sin cortarse.

Valores.- Lo que vale una persona o cosa.

REFERENCIAS
BIBLIOGRAFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVAREZ DEL RIO, Asunción, Revista del Instituto Nacional de Cancerología. Vol., Núm. 4, oct/dic, 1996.

BALDERAS, P. María de la Luz Administración de los servicios de enfermería. 3ª Edic, Edit. Interamericana, México, 1995, 113-114 pp.

BARQUIN C. Manual. Administración de Enfermería. Edit. Interamericana, México, 1996, 228 pp.

BALSERIO, A. Lasty. Investigación en Enfermería. México, 1991, 225 pp.

BRUNNEM, y S. Enfermería Medicoquirúrgica. Edit. Interamericana, 7ª Ed., México, 1994, 1023 pp.

CIBARAL, Juan. Interrelación del profesional de enfermería con el paciente. Edit. Doyma, Barcelona, 1991, 166 pp.

DE ALLENDE, C. María. La investigación Científica en México. Edit. Mg, México, 1995, 95 pp.

DONABEDIHN, Avedis. La Calidad de la Atención Médica. Definición y Método de Evaluación. Edit. Científicas, 155 pp.

DORLAND. Diccionario Médico. Edit. Interamericana, Madrid, 23ª Ed., 1989, 898 pp.

ERB, Kozier. Fundamentos de Enfermería. Edit. Interamericana, 2ª Ed., México, 1993, 225 pp.

HARMER, Bertha. Tratado de Enfermería Teórica y Práctica. Edit. Prensa Médica, México, 1970, 615 pp.

HEIDGERKEN, Loretta. Enseñanza de la Enfermería. Edit. Interamericana, México, 1972, 401 pp.

HINCHLIFE, Susana. Enseñanza de Enfermería Clínica. Edit. Interamericana, 4ª Ed., México, 1982, 214 pp.

JOVEN, M. Jorge. Impacto Psicológico del Cáncer. Edit. Galerna, Buenos Aires, 1979, 204 pp.

KOZIER, B. Conceptos y Temas en la Práctica de la Enfermería. Edit. Interamericana, México, 1995, 654 pp.

LEDESMA, P. María del Carmen. Introducción a la Enfermería. Edit. Limusa, 9ª Reimp., México, 1984, 181 pp.

MAHONEY, E. A. Manual de Enfermería Medicoquirúrgica. Edit. Interamericana, México, 1986, 814 pp.

O'BRIEN, J. Maureen. Comunicación y Relaciones en Enfermería. Edit. Manual Moderno, México, 1983, 273 pp.

OLIVIERI, Rita. Enfermería Fundamental. Edit. Interamericana, 4ª Ed., México, 1993, 857 pp.

PRICE, L. Alice. Tratado de Enfermería. Edit. Interamericana, 3ª Ed., México, 1981, 602 pp.

POLETTI, Rosette. Cuidados de Enfermería. Ed. Rul, Barcelona, 1980, 158 pp.

RHEBA, Tornayar. Enseñanza de la Enfermería. Edit. Trillas, México, 1982, 207 pp.

ROHWEDER, Nordmark. Bases Científicas de la Enfermería. Edit. Manual Moderna, 2ª Ed., México, 1995, 712 pp.

RUCH, L. Floyd. Psicología y Vida. Edit. Trillas, México, 1980, 559 pp.

RUSSEL, A. Psicología del Trabajo. Edit. Morata, Madrid, 1983, 382 pp.

SHAVELZON, José. Impacto Psicológico del Cáncer. Edit. Galerna, Buenos Aires, 1979, 204 pp.

SKINNER, B. F. Tecnología de la Enseñanza. Edit. Labor, Barcelona, 1970, 256 pp.

SOSA R. Pilar y otros. Manual de Actualización para Enfermeras Oncohematológicas. Edit. Glaxo, México, 1995, 210 pp.

TRACY, A. Margaret y Col. Manual de la Enfermera Moderna. Edit. Hispano-Americana, México, 1943, 478 pp.

WATZLAWICK, Paul. Teoría de la Comunicación Humana. Edit. Herder, Barcelona, 1985, 260 pp.

WHITTAKER, James. Psicología. Edit. Interamericana, México, 1971, 677 pp.