

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

COMUNICACIÓN BASE EN ENFERMERÍA PARA BRINDAR CUIDADOS  
PALIATIVOS A PACIENTE ONCOLÓGICO EN FASE TERMINAL

Para obtener el título de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Alumna:

GARCÍA MATA CASSANDRA

Asesora de tesis:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN; 2014



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

A Dios mi Señor y Creador por estar siempre a mi lado.

A mi familia en especial a mis padres quienes me dieron el ser y formación.

A mis maestros que me compartieron sus conocimientos.

## DEDICATORIAS

A mi padre José Antonio G. y a mi madre Magdalena M. quienes con su ejemplo y apoyo marcaron en mí la diferencia, sembraron la semilla de la excelencia y el Amor por el Trabajo y la Superación.

A mis hermanas Magdalena y Valeria quienes a pesar de su corta edad me dieron varias lecciones de vida.

A mi mejor amiga Sandra M. (†) quien fue quien me guió al camino de la Enfermería.

A todos los pacientes que se encuentran en sus últimos momentos de vida, así como a los que ya no están presentes, en especial al señor Ramón B. (†) por permitirme acompañarle.

A mis compañeras de grupo y de trabajo, gracias por todo su apoyo.

## CONTENIDO GENERAL

INTRODUCCION.....	1
1. FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA: .....	2
1.1 DESCRIPCION DEL TEMA .....	2
1.2 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA .....	3
1.3 JUSTIFICACION DEL TEMA .....	3
1.4 UBICACIÓN DEL TEMA .....	5
1.5 OBJETIVOS .....	5
1.5.1 General:.....	5
1.5.2 Especifico: .....	5
2. MARCO TEORICO / CONCEPTOS BASICOS: .....	6
2.1 CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE ONCOLÓGICO .....	8
2.2 ETAPAS DE ACEPTACIÓN DE UNA ENFERMEDAD TERMINAL CÁNCER .....	17
2.3 CUIDADOS PALIATIVOS AL PACIENTE ONCOLÓGICO.....	19
2.4 TEORIAS DE LA COMUNICACIÓN .....	22
Según Watzlawick .....	23
Según Albert Mehrabian .....	26
2.5 LA COMUNICACIÓN, INSTRUMENTO BÁSICO EN ENFERMERÍA ..	30
Axiomas de la comunicación .....	31
Importancia de la comunicación. ....	32

2.6 RELACIÓN DE AYUDA ENFERMERA-PACIENTE .....	43
Las fases de la relación de ayuda Teniendo en cuenta las fases de la relación de ayuda de H. Peplau .....	44
3. METODOLOGIA .....	48
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES: .....	49
5. GLOSARIO.....	54
6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	64

## INTRODUCCION

La presente tesis tiene por objeto inferir y determinar la comunicación en enfermería base para brindar cuidados paliativos a paciente oncológico en fase terminal y demostrar que tan importante es la comunicación entre la enfermera y el paciente oncológico en fase terminal, así como lo es para el enfermo poder expresar lo que siente en este momento final de su vida.

En el primer capítulo se da a conocer la Fundamentación del tema de la Tesis, que incluye los siguientes apartados:

Descripción de la situación-problema. Identificación del problema, justificación de la Tesis, ubicación del tema de Tesis y objetivo general y específico.

En el segundo capítulo se ubica el Marco teórico en donde se trata lo que es el paciente oncológico, la participación de enfermería en los cuidados paliativos, la comunicación como parte base para poder brindar un buen cuidado paliativo entre otros.

En el tercer capítulo se muestra la Metodología empleada. En el cuarto conclusiones y recomendaciones con respecto a lo analizado.

En el quinto un glosario con algunos términos incluidos en los temas y por ultimo una serie de referencias bibliográficas tomadas de libros, artículos, ensayos y pagina Web

## 1. FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA:

### 1.1 DESCRIPCION DEL TEMA

La presente tesis trata sobre la Comunicación base en enfermería para brindar cuidados paliativos a paciente oncológico en fase terminal, teniendo como a la comunicación como parte esencial para poder brindar un cuidado adecuado y con calidez al paciente que se encuentra desprotegido física y emocionalmente.

La razón de elegir este grupo de personas fue porque creo que ellos son pacientes mucho más sensibles que los demás porque generalmente en México hablar de Cáncer es hablar de muerte.



## 1.2 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

El estar en contacto con el área hospitalaria me ha permitido vivir muchas experiencias gratas y no gratas eh visto y escuchado poco personal de enfermería que realmente le da la importancia a la comunicación, pero también eh visto malos tratos o que no les interesa el utilizar una comunicación adecuada y solo están con prisas por “sacar” adelante su trabajo o que se siguieron de turno y están cansadas y molestas con mal humor, esto será suficiente como para no darle la seguridad al paciente de comunicarle lo que siente, al contrario solo le inspirara miedo, con más razón a pacientes oncológicos que están mucho más sensibles en cuestión emocional.

## 1.3 JUSTIFICACION DEL TEMA

En el presente proyecto se pretende indagar y analizar la importancia de la comunicación como base para la enfermera para poder brindar cuidados paliativos al paciente oncológico en fase terminal, puesto que es imposible no transmitir nada hacia los demás en este caso al paciente que se encuentra desnudo emocionalmente.

La comunicación es importante y creo que es algo que se ha dejado de lado por muchos profesionales de enfermería es por ello que en esta

investigación inferiré y determinare si la comunicación en enfermería es base para brindar cuidados paliativos y dar realce y acentuación a lo importante que es la interacción enfermera-paciente con una buena comunicación en la fase final puesto que ellos se encuentran en un choque emocional y se enfrentan a algo desconocido la muerte, motivo suficiente como para auxiliarlos y que mejor con la ayuda de la comunicación verbal y no verbal.

Es por ello que esto me ha motivado para emprender esta investigación y dar a conocer lo importante que es la comunicación para poder brindar cuidados paliativos al paciente oncológico y la razón de elegir este grupo de personas fue porque creo que ellos son pacientes mucho más sensibles que los demás porque generalmente en México hablar de Cáncer es hablar de muerte.

Con ello se espera hacer conciencia en el personal de enfermería que cada paciente oncológico necesita además de sus medicamentos entablar una mejor comunicación para ayudar a sobrellevar la etapa en la cual se encuentra el paciente oncológico.

## 1.4 UBICACIÓN DEL TEMA

El tema de la presente tesis se encuentra ubicado en Tanatología, Enfermería y Psicología. Se ubica en Tanatología porque se está tratando con personas que tienen una enfermedad terminal: cáncer. Y Enfermería porque es el personal que se encuentra en más cercanía con este tipo de paciente, y utilizando sus medios y apoyándose en la psicología, en concreto con una adecuada comunicación es como se logra un ensamble entre ambas partes y se pueden brindar de manera exitosa los cuidados paliativos.

## 1.5 OBJETIVOS

### 1.5.1 General:

Inferir y determinar la comunicación en enfermería base para brindar cuidados paliativos a paciente oncológico en fase terminal.

### 1.5.2 Especifico:

Analizar la importancia de la comunicación entre la enfermera y el paciente oncológico en fase terminal, así como lo relevante que es para el enfermo poder expresar lo que siente en este momento final de su vida.

## 2. MARCO TEORICO / CONCEPTOS BASICOS:

### ENFERMERIA:

Es un servicio dedicado al bienestar humano y social, mediante la aplicación de conocimientos y habilidades científicas encaminadas al servicio de los enfermos, al mejoramiento y restauración de la salud y a la prevención de enfermedades, estos servicios se llevan a cabo en colaboración con profesionistas afines.

### PACIENTE ONCOLÓGICO:

Paciente que se encuentra con un crecimiento acelerado y descontrolado de algunas células de su cuerpo, es silenciosa en un principio y agresiva con el tiempo. Cáncer.

### CANCER:

La palabra cáncer deriva del latín, y como la derivada del griego carcinoma, significa "cangrejo". Se dice que las formas corrientes de cáncer avanzado adoptan una forma abigarrada, con ramificaciones, que se adhiere a todo lo que agarra, con la obstinación y forma similar a la de un cangrejo marino, y de ahí deriva su nombre.

El concepto de paciente terminal surge de la atención a personas con cáncer en fase avanzada y posteriormente se extendió a otras enfermedades que comparten algunas características similares. Es un término que hace referencia a una situación del paciente más que a una patología.

#### FASE TERMINAL:

Cuando el padecimiento es irreversible, progresivo y se acompaña de múltiples síntomas bajo un pronóstico de vida limitado, que de forma empírica se considera no mayor a seis meses. (Hanks D, 1999)

#### COMUNICACIÓN:

Es el proceso mediante el cual se puede transmitir información de una identidad a otra. (Paul & Janet, 1985)

#### CUIDADOS PALIATIVOS

Para la OMS, los cuidados paliativos se definen como: “el cuidado activo total de los enfermos cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo”, mas aun si está en fase avanzada y progresiva. (Natalia, Casero, & Sara, 2007)

## 2.1 CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

La fase terminal es un hecho que la muerte sigue siendo compañera indisoluble de la vida, y muchos de los enfermos, son diagnosticados en períodos avanzados de la enfermedad, o en el curso de la misma desembocará en la denominada etapa terminal de la enfermedad y se reconoce la finitud de la vida biológica, pero puede orientarse a las últimas horas, los últimos días, semanas o meses. (Rivera, 2006)

Durante el proceso de enfermedad oncológica, al igual que ocurre con otras enfermedades, el cáncer puede considerarse, de acuerdo a la historia natural de la enfermedad, como un padecimiento curable, o controlado, especialmente en las etapas tempranas. Sin embargo, cuando la enfermedad avanza, la impresión diagnóstica y su probable pronóstico la convierten en una enfermedad incurable, ya sea en una etapa intermedia o avanzada.

Esta última etapa, que requiere la certeza del diagnóstico, incluirá a la denominada fase terminal, cuando el padecimiento es irreversible, progresivo y se acompaña de múltiples síntomas bajo un pronóstico de vida limitado, que de forma empírica se considera no mayor a seis meses. (Hanks D, 1999)

Situación de enfermedad terminal: diagnóstico reconocido, Incurable, progresivo, síntomas múltiples, pronóstico de vida limitado. Esta etapa finalizará con la evidencia de una falla orgánica múltiple, lenta o rápidamente progresiva.

El cáncer no es una enfermedad única, sino que engloba a un sinnúmero de padecimientos neoplásicos con formas de diagnóstico y tratamiento específicos para cada uno. Esta circunstancia obliga a recalcar la importancia de disponer de la mayor información posible en cada caso, para definir el diagnóstico de extensión de la enfermedad y el impacto sobre el organismo, así como las opciones terapéuticas a las que se puede sujetar el paciente y la probable respuesta que éstas pueden brindar.

De esta forma se reconocen terapias oncológicas que pueden ser englobadas en tres modelos de respuesta terapéutica: curativas, potencialmente curativas o paliativas. En el primero, regularmente el proceso de enfermedad se encuentra limitado y la neoplasia se considera en etapas tempranas de evolución lenta y el pronóstico, frente a las intervenciones médicas es favorable de acuerdo a un índice de probabilidad.

En el segundo modelo, la respuesta a la terapia es menos predecible debido a la estirpe histopatológica de la neoplasia y al índice de probabilidad de la respuesta, la intención terapéutica se enfoca, si no es posible la curación, a retrasar el avance de la enfermedad. En el tercer modelo, la probable curación frente a los tratamientos conocidos es poco o

nada probable y la intención de la paliación se enfoca a reducir el número o la intensidad de los síntomas favoreciendo un incremento en el concepto denominado “calidad de vida”

Según la SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) la enfermedad terminal se caracteriza por:

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de posibilidades de respuesta a tratamientos específicos.
- Numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita a no de la muerte.
- Pronóstico inferior a 6 meses.

Aunque dada la dificultad para establecer pronósticos de supervivencia el valor de este último punto es únicamente estadístico, el paciente terminal tiene por definición una expectativa de vida corta y nuestro objetivo debe ser un control efectivo de los síntomas mejorando en lo posible su calidad de vida.



Es importante diferenciar los pacientes terminales de aquellos que se encuentran en un estadio avanzado de su enfermedad, con pocas posibilidades de curación pero que son capaces de responder potencialmente a tratamientos específicos que no han sido aplicados. Y podrían aumentar la supervivencia y/o mejorar la calidad de vida si son eficaces.

Enfermedad metastásica avanzada no tiene porque ser sinónimo de enfermedad terminal. (Natalia, Casero, & Sara, 2007)

Los síntomas que se presentan en el paciente oncológico son:

1. Dolor:

Este es uno de los síntomas más frecuentes y que más influye en el bienestar del paciente terminal. Destacar la importancia de usar las dosis adecuadas en intervalos regulares de los analgésicos utilizados según las características del dolor y la situación del paciente. Siempre que sea posible debemos usar la vía oral.

Síntomas respiratorios:

Disnea.

Es un síntoma subjetivo que se define como la sensación de falta de aire y es una de las situaciones que más angustia al enfermo y a la gente que le rodea.

Su fuerte componente psicológico hace que los niveles de ansiedad lleven al enfermo a crisis de pánico que agravan la situación entrando en un círculo vicioso que debemos detener.

Hipo:

Es un reflejo patológico mediado por el nervio frénico que se produce por un espasmo súbito del diafragma y la glotis con sacudidas de la pared torácica y abdominal y un sonido agudo inspiratorio. Las causas más frecuentes en pacientes con cáncer avanzado suelen ser: a) irritación del nervio frénico por afectación tumoral; b) irritación del diafragma por infecciones o cáncer; c) uremia; d) dispepsia gástrica; e) elevación del diafragma por ascitis o hepatomegalia.

Tos:

Es un mecanismo fisiológico que protege el árbol respiratorio pero que si se hace repetitivo se convierte en patológico produciendo vómitos, fatiga, insomnio, dolor torácico o abdominal.

### Hemoptisis:

En caso de que el sangrado sea leve están indicados fármacos antifibrinolíticos como el Acido tranexámico 1-1.5 gr / 8-12 h o radioterapia si estuviera indicada. Controlar la tos.

Si la hemoptisis es masiva (> 200 ml / 24 h) en un paciente terminal lo único que se puede hacer es sedar al paciente con mórnicos y benzodicepinas por vía intravenosa, utilizar sábanas oscuras para enmascarar la sangre e intentar disminuir en lo posible la ansiedad del paciente y los observadores.

### Estridor:

Sonido inspiratorio producido por la obstrucción de la laringe o de las vías respiratorias altas.

### Linfidema:

Se produce por un drenaje linfático disminuido por el tumor, Infecciones o el tratamiento previo con cirugía o radioterapia. Debemos descartar la existencia de trombosis. El linfedema en sí no es doloroso ni produce ulceraciones o daño neurológico por lo que si aparecen estas alteraciones habrá que buscar otras causas. (Ruiz, 2010)

Síntomas gastrointestinales:

Nauseas y vómitos:

Entre un 50 y un 60 % de los pacientes oncológicos avanzados presentan estos síntomas. Aunque en muchos casos su origen es multifactorial, es importante intentar establecer la causa desencadenante para realizar un tratamiento efectivo. Si su control no es posible con antieméticos orales podemos utilizar las vías rectal, subcutánea o intravenosa.

Obstrucción intestinal:

Aparece en el 3 % de los pacientes con cáncer avanzado, llegando hasta un 25-40 % en los casos de neoplasia avanzada de ovario. Las causas más frecuentes son el propio crecimiento tumoral, los tratamientos (cirugía, radioterapia, quimioterapia, fármacos...) o la impactación fecal, siendo ésta última una de las más frecuentes y la que más fácil solución tiene.

Estreñimiento:

Es la defecación poco frecuente (menos de 3 veces por semana) y dificultosa. Se presenta en el 50 % de los pacientes en estado terminal aunque el 80 % van a precisar de la utilización de laxantes. Las causas más frecuentes son la inmovilidad, la dieta pobre en fibra y en líquidos y la utilización de drogas como los analgésicos opioides.

También habrá que descartar otras causas como la hipercalcemia, la obstrucción intestinal por compresión extrínseca o intrínseca de la masa tumoral o la compresión medular que puede debutar con pérdida de la sensibilidad rectal y alteración del control del esfínter anal con pérdida del reflejo anocólico cuando la lesión es a nivel de la cola de caballo. Las hemorroides o las fisuras anales son alteraciones que contribuyen a empeorar el estreñimiento.

#### Diarrea:

Aparece en el 10 % de los pacientes con cáncer avanzado. Las causas más frecuentes son la utilización de laxantes de forma inapropiada, impactación fecal con sobre flujo y la obstrucción intestinal incompleta. También puede estar producida por esteatorrea, fármacos (antibióticos), radioterapia o enfermedades intercurrentes.

#### Anorexia y Caquexia:

La caquexia es un estado de desnutrición severa que se caracteriza por la pérdida de peso, lipolisis, pérdida de proteínas musculares y viscerales, anorexia, náuseas crónicas y debilidad. Aparece en el 80 % de los pacientes con cáncer, siendo muy frecuente en la mayoría de los tumores sólidos con la excepción del cáncer de mama.

Las alteraciones metabólicas, la mala absorción y la disminución de la ingesta calórica son las causas fundamentales, siendo la pérdida de peso un factor de mal pronóstico independiente en relación con la supervivencia. (Ruiz, 2010)

Síntomas psicológicos:

Depresión y ansiedad:

Es difícil distinguir cuando estos síntomas son parte del proceso de adaptación a la enfermedad y cuando se convierten en estados patológicos que precisan de un tratamiento psiquiátrico específico. Se pueden presentar manifestaciones somáticas como la dificultad para el control del dolor o la aparición de náuseas y vómitos o manifestaciones psicológicas como la pérdida de interés, dificultad para la concentración, sentimiento de culpabilidad o desesperanza, ideas suicidas. (Ruiz, 2010).

## 2.2 ETAPAS DE ACEPTACIÓN DE UNA ENFERMEDAD TERMINAL CÁNCER

Se cree que hablar de cáncer es en la mayoría de los casos para los pacientes diagnosticados con cáncer hablar de muerte, y no solo para los pacientes sino también para la familia.

El paciente oncológico pasa por una serie de etapas para poder llegar a la aceptación y son:

Incredulidad y negación:

Se niega la información, creyendo que es imposible, eso no puede estar pasando.

Rabia e ira:

El doliente es hostil y desagradecido con las personas que lo rodean. Siente que no hay razón suficiente para que una situación como esta le ocurra mientras que la vida para los otros sigue igual.

Negociación:

La persona creyente se dirige a Dios preguntándole por las razones del por que de su situación. Hay una aceptación parcial de la situación.

Depresión:

La persona siente un profundo dolor, ya que ha aceptado la situación real de la ausencia de su salud.

Aceptación y paz:

La aceptación se centra en si mismo. Se acepta paulatinamente la enfermedad, con tristeza y serenidad.



## 2.3 CUIDADOS PALIATIVOS AL PACIENTE ONCOLÓGICO

Para la OMS, los cuidados paliativos se definen como: “el cuidado activo total de los enfermos cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo”, mas aun si está en fase avanzada y progresiva. (Natalia, Casero, & Sara, 2007)

Los cuidados paliativos procuran:

- Dar una atención global al paciente a través de un equipo interdisciplinar, con una actitud activa y positiva de los cuidados, superando el “no hay nada más que hacer”.
- Dar mucha importancia a la comunicación y al soporte emocional en las diversas etapas de adaptación a la enfermedad terminal.
- Controlar los síntomas comunes de la enfermedad, especialmente el dolor, si es posible con tratamientos curativos, de apoyo y prevención.
- Reconocer al paciente y a la familia como una unidad.
- Respetar los valores, preferencias y elecciones del paciente.

- Considerar siempre a las necesidades globales de los enfermos y aliviar su aislamiento a través de ofrecerles seguridad de no abandono y mantenerles informados.
- Reconocer las preocupaciones del cuidador y apoyarle en sus necesidades mediante diversos servicios de soporte.
- Ayudar a implementar el cuidado domiciliario.
- Promover acciones para conseguir que el enfermo muera en paz.
- Dar apoyo a la familia después de la muerte del paciente.
- Ofrecerle asesoría y soporte ético y legal.
- Desarrollar infraestructuras institucionales que apoyen las mejores prácticas y modelos de Cuidados Paliativos.

El cuidado del paciente en fase avanzada y terminal puede tener lugar en el ambiente hospitalario o en su domicilio. En ambos casos debe procurarse que la alimentación se adapte lo más posible a las peculiaridades y condiciones de cada paciente. Todo ello con la base científica, filosófica y ética necesaria sin la cual pueden desarrollarse

patrones inadecuados en la práctica y conducir a desarrollar debates idílicos alejados de la realidad. (Fase terminal y cuidados paliativos, 2006)

Al adecuar la alimentación a un contexto personal único, que contemple las peculiaridades, necesidades y posibilidades concretas del enfermo, estamos dotando a esta actividad de toda su dimensión humana. (Wilson, 2000)

## 2.4 TEORIAS DE LA COMUNICACIÓN

Etimológicamente, la palabra comunicación se refiere a común-acción. En este sentido, proponemos entender la comunicación como la coordinación de acciones. Así la comunicación será más que el intercambio de información. Siempre coincide con el sentido de la información que se emitió.

Nuestra Las personas interpretan la «información» de manera particular y no proposición permite centrarse en coordinar acciones y no en abocarse a buscar al responsable que no transmitió bien o que no escuchó bien cuando se producen malos entendidos. (Serrano, 1982)

En este contexto, podemos señalar que los seres humanos son seres comunicantes que dependen críticamente de su capacidad para comunicar con el fin de afrontar las demandas de la vida en una sociedad compleja. En el proceso de comunicación, es necesario comprender elementos Centrales que configuran su importancia en el ámbito de las relaciones humanas:

- . Todo comportamiento o no comportamiento es comunicación.
- . Es un proceso que se da en un contexto.
- . Es interaccional: sus efectos dependen del que comunica y del que recibe e interpreta.

- . Es un proceso de causalidad circular.
- . Lo central del proceso es que tiene un efecto o influencia sobre la otra persona.
- . No es sólo intercambio de información, por lo que debemos diferenciarla del proceso de comunicación propiamente tal.

### Según Watzlawick

Cuando, para el estudio de la conducta humana, se desplaza el énfasis de las intenciones a los efectos de los actos, se opera una modificación cualitativa que afecta la visión del mundo de quien lo lleva a cabo. Se pasa de una perspectiva fundamentalmente retrospectiva, introspectiva, basada en una lógica causal y lineal, a una predominantemente predictiva, centrada en observaciones consensuales, que opera sobre la base de una lógica recursiva o dialéctica.

Y cuando se desplaza el acento desde los procesos intrapsíquicos hacia los fenómenos interaccionales, se expande drásticamente la comprensión de la conducta humana: la psicología y la psicopatología tradicionales pasan a adquirir el carácter de una suerte de anatomía descriptiva que puede dar cuenta de ciertos elementos pero que malamente sirve para describir y explicar los complejos procesos interpersonales que inscriben y dan sentido a la conducta del individuo en su contexto. (Armand & Mattelart, 1995)

El estudiar y comprender al ser humano desde este paradigma es una experiencia de enriquecimiento intelectual. El ojo se ensancha. Nuestra comprensión acerca del comportamiento humano se amplía dramáticamente. Uno de los procesos más significativos y más propios de la especie humana. La comunicación, aparece con nuevos relieves y nueva profundidad.

Se diversifica, asimismo, nuestro bagaje de instrumentos clínicos. Y, por cierto, se multiplica el monto de los interrogantes y de las áreas que se abren a la exploración. Esta última constituye una prueba irrefutable, de necesitarse alguna, acerca de la fertilidad que posee el campo de la pragmática de la comunicación humana.

En lo que antecede se ha considerado al individuo en su nexo social, su interacción con otros seres humanos y el vehículo de esa interacción es la comunicación. Esta puede ser o no la medida en que debe aplicarse una teoría de la comunicación humana.

Sistema. Es un conjunto de objetos así como de relaciones entre los objetos y entre sus atributos (Hall & Fagen), en el que los objetos son los componentes o partes del sistema, los atributos son las propiedades de los objetos y las relaciones “mantienen unido al sistema”. Además estos autores señalan, que, en última instancia, cualquier objeto es especificado por sus atributos. Así, mientras que los “objetos” pueden ser seres

humanos individuales, los atributos con que se les identifica, son sus conductas comunicacionales.

La mejor manera de describir los objetos interaccionales consiste en verlos no como individuos, sino como “personas que se comunican con otras personas”. Al destacar el término “relación”, se reduce considerablemente la actual vaguedad y generalidad de la definición citada. (Paul & Janet, 1985) Los mensajes manifiestos intercambiados se vuelven parte del contexto interpersonal y particular y ejercen limitaciones sobre la interacción posterior. (Watzlawick, 1974)

La definición de una relación como simétrica o complementaria o el hecho de imponer una puntuación particular, en general limita. Es decir, según este concepto de la comunicación no solo resulta afectado el emisor, sino también la relación, incluyendo al receptor. Incluso el hecho de manifestar desacuerdo, rechazar o redefinir el mensaje previo significa no solo responder, sino también engendrar una participación que no necesita tener ninguna otra base excepto la definición de la relación y el compromiso inherente a toda comunicación y el compromiso inherente a toda comunicación.

Según Albert Mehrabian

En sus estudios, Mehrabian llega a dos conclusiones. En primer lugar, que hay básicamente tres elementos en una comunicación cara a cara:

- Palabras
- El tono de voz
- Comportamiento no verbal (por ejemplo, la expresión facial )

En segundo lugar, los elementos no verbales son particularmente importantes para la comunicación de sentimientos y actitudes, sobre todo cuando son incongruentes: Si las palabras no están de acuerdo con el tono de la voz y el comportamiento no verbal, la gente tiende a creer que la tonalidad y el comportamiento no verbal.

No es el caso de que los elementos no verbales en todos los sentidos transmiten la mayor parte del mensaje, a pesar de que esta es la forma a veces son mal interpretados sus conclusiones. Por ejemplo, al pronunciar una conferencia o presentación, el contenido textual de la conferencia se entrega por completo verbalmente, pero las señales no verbales son muy importantes en la transmisión de la actitud del hablante hacia lo que están diciendo, en particular su creencia o convicción.



Según Mehrabian, los tres elementos representan de forma diferente para nuestro gusto de la persona que presenta un mensaje sobre sus sentimientos: las palabras representan el 7%, el tono de voz representa el 38%, y las cuentas del lenguaje corporal del 55% de la agrado. Son a menudo abreviado como "3 Vs" para verbal, vocal y visual.

Para la comunicación efectiva y significativa acerca de las emociones, estas tres partes del mensaje que apoyar unos a otros - que tienen que ser "congruentes". En caso de cualquier incongruencia, el receptor del mensaje puede ser irritado por dos mensajes procedentes de dos canales diferentes, dando señales en dos direcciones diferentes.

El siguiente ejemplo debería ayudar a ilustrar incongruencia en verbal y la comunicación no verbal .

- Verbal: "! Yo no tengo un problema con usted!"
- No verbal: persona evita el contacto visual, se ve ansioso, tiene un lenguaje corporal cerrado, etc.

Se hace más probable que el receptor va a confiar en la forma predominante de comunicación, que las conclusiones de Mehrabian es no verbal (38% + 55%), más que el significado literal de las palabras (7%). Esto se conoce como "la regla 7% -38% -55%". Es importante decir que en el estudio respectivo, Mehrabian realizó experimentos relacionados con las comunicaciones de sentimientos y actitudes (es decir, como-aversión), y

que lo anterior, la influencia desproporcionada de tono de voz y lenguaje corporal entra en vigor sólo cuando la situación es ambigua. Esta ambigüedad aparece sobre todo cuando las palabras habladas son incompatibles con el tono de voz o el lenguaje corporal del hablante (emisor). (Yerena, 20056)

Hovland (1942-1945) considerado uno de los cuatro padres teóricos de la comunicación y quien más contribuyó en la comunicación.

La eficacia de la comunicación, en la que Hovland advierte seis fases, es la respuesta (cambio de conducta) de un proceso causal que parte de un estímulo, la exposición de un mensaje (acto emisor) y requiere suscitar atención (llegar), ser comprendido (alcanzar), ser aceptado (actuar), ser retenido (permanecer).

El modelo de Hovland fue preparado con la intención casi exclusiva de organizar los elementos y variables del cambio de actitud producido por la comunicación social. El modelo de Hovland no intenta especificar las relaciones precisas que existen entre los diversos factores, ni procura mostrar el carácter dinámico de la comunicación. Esencialmente, el modelo nos dice que la comunicación puede ser estudiada mediante varios enfoques y que existen relaciones entre los mismos".

### Modelo de Berlo (1960)

Ex-alumno de Wilbur Schramm e influenciado por Charles E. Osgood. Publica su libro "Proceso de Comunicación" en 1960, donde expone su modelo teórico sobre las cuestiones psicológicas que engloban el proceso de la comunicación. Su modelo también conocido como "SMCR" (Source=fuente, Message=mensaje, Channel=canal, Receiver=receptor). Así como Shannon analiza el ruido en la telecomunicación, Berlo lo hace con la comunicación humana.

## 2.5 LA COMUNICACIÓN, INSTRUMENTO BÁSICO EN ENFERMERÍA

Hay tres partes principales en el rostro humano para hacer frente a la comunicación, que son el lenguaje corporal, la tonalidad de voz, y las palabras. Según diferentes investigaciones:

1. El 55% del impacto viene determinado por el lenguaje corporal, posturas, gestos, contacto visual,
2. El 38% por el tono de voz, y
3. El 7% por el contenido o las palabras utilizadas en el proceso de comunicación. (htt)

Un fenómeno permanece inexplicable en tanto el margen de observación no es suficientemente amplio como para incluir el contexto en el que dicho fenómeno tiene lugar. El observador de la conducta humana pasa de un estudio deductivo de la mente al estudio de las manifestaciones observables de la relación. El vehículo de tales manifestaciones es la comunicación.

El estudio de la comunicación humana puede dividirse en tres áreas: semántica, sintáctica y pragmática. La semántica abarca los problemas relativos a transmitir información.

La comunicación afecta a la conducta, y este es un aspecto pragmático. Así toda conducta es comunicación, y toda comunicación afecta a la

conducta. Interesa el efecto de la comunicación sobre el receptor y el efecto que la reacción del receptor tiene sobre el emisor.

Noción de Función y Relación.

Las variables no tienen un significado propio, sino que resultan significativas en su relación mutua, esto constituye el concepto de función. Las investigaciones sobre los sentidos y el cerebro han demostrado acabadamente que sólo se pueden percibir relaciones y pautas de relaciones, y que ellas constituyen en esencia la experiencia.

Así, la esencia de nuestras percepciones no son cosas sino funciones y éstas no constituyen magnitudes aisladas sino signos que representan una conexión una infinidad de posiciones posibles de carácter similar.

Axiomas de la comunicación

- No podemos no comunicar
- Toda comunicación presenta dos aspectos: el contenido y la relación, de tal manera que el segundo engloba el primero y por consiguiente se convierte en comunicación.

- Todo intercambio de comunicación es simétrico o complementario, según que esté fundamentado en la igualdad o la diferencia.
- Interacción simétrica y complementaria.

En una relación complementaria un participante ocupa la posición superior o primaria mientras el otro ocupa la posición correspondiente inferior o secundaria. En una relación complementaria o asimétrica hay dos posiciones distintas. Un participante ocupa lo que se ha descrito de diversas maneras como la posición superior o primaria mientras el otro ocupa la posición correspondiente inferior o secundaria. (Paul & Janet, 1985)

Importancia de la comunicación.

La comunicación en la fase final de la vida es uno de los más poderosos instrumentos de alivio no solo para el paciente, sino también para su familia, además de ser un vehículo muy importante para la transmisión de apoyo social y emocional porque la enfermedad tiende a dejar sin protección al enfermo y a revelar más fácilmente sus puntos débiles.

Una buena comunicación permite recoger mejor sus síntomas, sus necesidades: Fisiológicas, de pertenencia, de amor, comprensión, aceptación, autoestima y espirituales; así como sus deseos de conocer o no el diagnóstico y de participar en el tratamiento. (Paul & Janet, 1985)

La escucha eficaz es el nexo de unión que tratamos de conseguir en la relación enfermera-paciente y que permite la disminución de su nerviosismo. Al escuchar al paciente de forma adecuada, sin enfadarse, sin criticar lo que ha hecho, sin ademanes de prisas, con una postura adecuada, se está facilitando la comunicación de sus sentimientos, de sus temores y de sus ansiedades.

Al mismo tiempo la enfermera reconoce al paciente como una persona, fomentando paralelamente la autoestima, la deducción de la tensión y el estrés, la seguridad, etc. Igualmente, la enfermera que se perfecciona día a día en esta habilidad puede percibir (ser consciente) de datos, signos o símbolos muy importantes que antes le pasaban totalmente desapercibidos. (Eulalia, 1998)

El paciente en este proceso se siente aceptado y proporciona una información más profunda e interesante. Este tipo de escucha eficaz estimula la sinceridad. Con esta conducta facilita al paciente la posibilidad de hablar sin miedo, sin límites de tiempo, se expresa en todo su esplendor, etc., y, por lo tanto, experimenta un alivio importante en su sufrimiento y dolor.

Por el contrario, los pacientes que no son escuchados entienden que sus pensamientos y sentimientos no son importantes, que lo es mucho más su enfermedad que el propio YO.

La escucha eficaz supone armonizar con el mismo, además de armonizar con los demás; escuchar atentamente lo que el mismo dice y como lo dice es enormemente revelador de la propia persona. En el ambiente hospitalario, al igual que en cualquier empresa moderna, uno de los elementos más apreciados es precisamente la capacidad de escucha.

La escucha con atención supone un dominio personal para la enfermera, un estatus de madurez psíquica que le permite adentrarse en los dominios psíquicos del paciente y, al mismo tiempo, perfeccionarse a sí mismo. La enfermera al permitir mediante la escucha eficaz que el paciente pueda manifestar sus sentimientos (aunque sean muy negativos), vuelve a propiciar la comunicación, a instaurar progresivamente la comunicación, apoyándose en dos pilares fundamentales que son la seguridad y la confianza.

La comunicación es de dos tipos verbal y no verbal. La verbal se realiza a través de las palabras mientras que la no verbal, por el tono, ritmo, intensidad, gestos y silencios, forma de mirar o estar, el contacto físico, etc. Las dos se complementan para dar el mensaje total. La enfermera debe saber guiar y orientar el manejo global del enfermo, siendo básico que aprenda a escuchar con atención y a reducir la ansiedad que tienen los pacientes por el miedo a lo que padecen y a su futuro incierto.



El profesional de enfermería al familiarizarse con las técnicas adecuadas para responder terapéuticamente, haciendo que el paciente se encuentre cómodo transmitiéndole en todo momento seguridad. Entre estas técnicas muy simples pero muy operativas destacan las siguientes:

#### Paráfrasis:

Se trata de decir el mismo mensaje del paciente de forma resumida; y ello, por dos motivos. En primer lugar porque de esa manera el paciente percibe que se le ha escuchado y en segundo porque se hace verdaderamente consciente al paciente de sus propios mensajes (por lo tanto de su estado emocional, de sus necesidades psicoafectivas, etc.)

#### Clarificación:

Se busca conseguir entender aun mucho mejor el mensaje verbal y no verbal que se ha escuchado y observado en el paciente. Naturalmente, en muchas fases de la enfermedad, por la propia angustia o por la acción de los fármacos, el mensaje es confuso y ambiguo. Por eso es muy importante que se desarrolle con prudencia este principio de clarificación.

### Validación:

Con esta técnica se pueden confirmar determinadas deducciones o inferencias que realizamos a partir de la escucha. Por ejemplo, en la entrevista se puede notar una gran inquietud y ansiedad en el enfermo. La enfermera puede deducir que está en relación con un tratamiento de quimioterapia o con el dolor, por eso, al validar las observaciones preguntándole ¿siente algún dolor? ¿Cuál es su preocupación actual?, ¿Qué es lo que le estaba pasando?, etc.

### Información:

Es un procedimiento enormemente útil pero complejo ya que debemos saber en todo momento lo que tenemos que decir e informar (un procedimiento, una técnica, su evolución, efectos secundarios, molestias, etc.). Además, es muy importante añadir información sensorial, relativa a las molestias que le puede acarrear tal técnica, o tal medicamento. Naturalmente, la información se ajustará siempre a las necesidades psicosociales del paciente; se tendrá en cuenta, por lo tanto, su individualidad.

### Preguntas abiertas:

Se trata de una técnica interesante para facilitar la expresión libre acerca de sus sentimientos y/o temores. No importa la pregunta; lo realmente importante es dar al paciente la oportunidad de demostrar sus emociones y posibilitar con esta técnica una auténtica catarsis emocional. También es un método que permite al paciente ayudarlo en la búsqueda de solución de problemas, de conflictos emocionales, etc. Es una técnica, obviamente que pone a prueba la capacidad de escucha del médico.

### Utilización del silencio terapéutico:

La gravedad de la enfermedad o el estado anímico del paciente, a veces, condicionan la comunicación; es decir, no hay nada que decir, pero hay mucho que comunicar. No se trata de un juego de palabras, sino de una profunda forma de comunicación en la que nos adentramos en el psiquismo del paciente, en sus sufrimientos y en su angustia. El silencio supone un profundo respeto hacia la personalidad del paciente, un acto de enfermería sublime en el que se pone de manifiesto la capacidad ética del profesional sanitario.

Es posiblemente en el momento de la aceptación serena de la muerte cuando proliferan los periodos de silencio. El paciente ya no quiere explicaciones; su mente intuye la gran verdad. En estos momentos la enfermera puede ser más respetuoso manteniendo su silencio y solo recurriendo al dialogo si fuese requerido.

Una mirada comprensiva, un suave apretón de manos (mantenido) establece un mayor dialogo que el conjunto de palabrería vana. Como diría Tagore, el silencio es el gran protagonista en los dramas humanos; la gran verdad tiene u gran silencio. El silencio es una forma poderosa de comunicación, si bien, en el ajetreado mundo de la medicina actual apenas se utiliza en los cuidados de salud.

No obstante, diez minutos a solas con el paciente pueden contribuir decisivamente a desarrollar la confianza y a demostrar su interés por él como persona.

Se dice que un elemento muy útil en este sentido y que se puede desarrollar es la empatía, que permite ponerse en el lugar del paciente para comprender mejor su estado, y conocer particularmente lo que no siempre se dice. El contacto físico a través de tomarle la mano o el brazo en estos momentos difíciles de su enfermedad pueden transmitir al enfermo calor, apoyo y solidaridad, pero debe aplicarse con cuidado y respeto a los deseos del paciente. (MP, 2007)

Una buena relación en la forma de comunicarse proporciona calidez y respuesta empática, porque permite colocarse en el lugar del que sufre y ver las cosas como él las ve y las siente.

Favorece una respuesta empática:

- Respetar silencios
- Parafrasear
- Actitud abierta en piernas y brazos
- No interrumpir
- Asentir con la cabeza
- Sentarse junto al paciente

Dificulta una respuesta empática:

- Mover una pierna rítmicamente
- Gestos de impaciencia
- Mirar al reloj
- Desviar la mirada
- Mascar chicle ansiosamente
- Interrumpir la escucha. Si lo tienes que hacer dilo dilo también que vuelves en x minutos. Y vuelve.

Cuando un enfermo, ante la presencia de alguien en su habitación, gira la cabeza y se hace el dormido, sólo indica que no desea comunicarse en ese momento. Sería un error sentirse ofendido como si esto fuera un desprecio y, sobre todo, mostrarlo o incluso forzar la comunicación.

- Respetar su deseo.

Masiá Clavel dice: "Nadie puede morir la muerte de otro, pero ayudarle durante el proceso de morir es ayudarle a vivir antes de y hasta su muerte; quizás los que se sienten más impotentes para suprimir nuestro dolor, son los más capaces de aliviarlo. Quizás los que, con simpatía honda y con imaginación amorosa, reconocen que nadie como el que se muere sabe lo que es morir, son los que mejor acompañan al moribundo".

- En un centro sanitario todos emiten señales.

El lenguaje es confuso y difícil. Por eso es como si enfermo y familiares desplegaran un radar invisible que va siguiendo a todas aquellas personas que se muestran accesibles a su sonrisa, su gesto, su apertura, a sus preguntas, dudas e incluso a sus deseos de que se les vuelva a explicar algo. Si un niño aprendiera la regla de tres con una vez que se le explicara, lo consideraríamos un fenómeno.

Pues imaginemos lo que perturba la capacidad de comprender si lo que nos dicen es un veredicto sobre la propia vida, la salud nuestra o de nuestro familiar.

- En ocasiones se considera que el paciente que desea que le expliquen su situación pide un favor, y no es así, espera una respuesta de maestro de primera, una respuesta paciente, clara, y además debemos saber que, de esa respuesta, en lo que más se van a fijar es en el cómo se le da, no en lo que se le dice. Así podrá detectar si es tan grave lo que le ocurre.

Para el enfermo es muy cansado, emocionalmente hablando, escuchar el resultado de sus análisis, el diagnóstico de su estado actual, el pronóstico de su enfermedad. Se bloquea parte de su mente, debido al esfuerzo de tratar de descifrar todas y cada una de las señales que emite la persona con la que está hablando y no es igual decir fríamente las cosas que implicarse en el gesto, la mirada, la postura, el contexto.

Sabiendo que la dificultad de comprensión forma parte de las defensas naturales de la persona ante el miedo de conocer toda la verdad, que se desea y se teme a la vez, es necesario, por lo menos, evitar comunicarse con los enfermos en cualquier lugar y de cualquier modo, con presencia ajena y mientras se ejecuta otra tarea.

- ¿Cómo puede detectar el personal de enfermería las señales que se envían y de las que no es plenamente consciente?:

- Poniéndose frente a un espejo y expresando algo como si se le dijese a otra persona.

- El espejo va a devolver gestos que igual chocan, de los cuales no se dan cuenta que hacían.

- Luego, se puede comentar con otra persona (amigo, familiar, colega) su sorpresa. Quizá ella aclare que sí, que es un rasgo propio, expresar de ese modo lo que se expresa.

A partir de aquí comienza la tarea de aprender a expresar lo que se quiere de modo que el otro lo entienda así. Sin olvidar repetirlo con otras palabras para asegurarse de que lo han comprendido, preguntando lo que se ha dicho.



## 2.6 RELACIÓN DE AYUDA ENFERMERA-PACIENTE

La relación de ayuda. Es “aquella que tiene como objetivo ayudar a personas enfermos o con problemas a constatar y ver que hay diferentes maneras de hacer frente a una misma situación o problema, diferentes formas de ver una misma realidad, diferentes caminos para llegar al mismo lugar, es también la creación de relaciones humanas que potencien actitudes facilitadoras para la interacción, nos va a permitir trabajar en los cuidados, prevenir, ayudar a la persona a movilizar sus recursos, nos va a permitir crear condiciones favorables para el desarrollo de la persona, de la familia o del grupo y va a favorecer nuestro crecimiento personal...” (Luis, 2009)

La relación de ayuda no se da entre dos semejantes sino que se da entre dos personas que se encuentran en dos niveles y roles muy distintos.  
(S.Gabilondo, 1999)

Las fases de la relación de ayuda Teniendo en cuenta las fases de la relación de ayuda de H. Peplau

1. Configuración del encuentro personal: acogida y orientación.

Esta fase se refiere a la recepción adecuada del paciente tanto en el ámbito físico como psicológico. Así en el ámbito físico se dan las características que debe tener el espacio físico, así como el aspecto, expresión etc. que debe tener el profesional de la salud para mostrar una sensación de acogida al paciente. En el ámbito psicológico se vuelve a hacer hincapié en la empatía, disponibilidad etc. que debe mostrar el enfermero.

2. Exposición clarificación e identificación del problema.

El objetivo último de esta fase es definir el problema. Para ello también es necesario que el profesional posea determinadas actitudes como las ya repetidas de la escucha activa, empatía, autenticidad y respeto así como saber ayudar al paciente a concretarse en su problema, a comprometerse y responsabilizarse del trabajo terapéutico etc..

### 3. Confrontación y reestructuración del problema.

En esta fase el enfermero debe ayudar al paciente a cambiar su visión del problema y ver en esta nueva visión perspectivas de solución, debe concienciar al paciente de que él es el responsable de sus experiencias y vivencias, debe enseñar a aceptar que existen problemas que no se pueden solucionar etc.

### 4. Iniciación del plan de acción: decisión del diagnóstico, de los objetivos y plan de acción.

### 5. El fin de la relación o separación.

Para la mayoría de nosotros no es fácil decir adiós a una persona a la que debes haber tomado cariño después de una relación de ayuda. Es este apartado se tratan las actitudes que debemos tener para consolidar la obra que hemos realizado mediante la autonomía del individuo.

### 6. La evaluación.

La evaluación debe ser tanto una auto evaluación como una evaluación del proceso completo ¿Se cumplieron los objetivos? (Luis, 2009; Fase terminal y cuidados paliativos, 2006)

La relación enfermera- persona enferma o sana es una especie de vínculo que se establece entre dos o más seres humanos, que han determinado su mutuo acuerdo, e interdependencia: la enfermera, proveedora de cuidados, administradora de tratamientos, compañera y confidente que intentara proporcionar confort, tranquilidad, comprensión, escuchara atentamente las vicisitudes, inquietudes y emociones del enfermo y de sus familiares sobre el problema de salud.

Y de aquellas problemáticas que están alrededor de ella, intentara ponerse en su lugar para comprenderlo y atenderlo mucho mejor, convocando cuando considere necesaria la participación de otros profesionales; y por otro lado, el enfermo o persona sana, aquel que intenta colocar su problema de salud y su humanidad bajo el cuidado del profesional de la salud, en busca de mejores soluciones y alivio de su malestar, que espera ser escuchado, comprendido u orientado. (Marriner, 2004)

Se dice que el ser humano por naturaleza es un ser sociable, un ser que no puede vivir solo, pues moriría. Necesita de atención, compañía, afecto, ser protegido y proteger, entre otras cosas, y es posible a la comunicación sea verbal o no verbal, es sumamente imposible que el hombre no comunique algo. Necesita ser escuchado, el paciente sobre todo en esta etapa final requiere de mayor atención puesto que respecto a lo emocional esta devastado.

Es por ello que los esfuerzos de enfermería en estos últimos años se han centrado en buscar la autonomía y conseguir la independencia de la profesión, tanto en el ejercicio profesional como en el desarrollo científico para abordar en todos sus aspectos al paciente. Lo que ha facilitado su apertura a otros campos del conocimiento, como son las ciencias sociales entre ellas la psicología.

A la hora de abordar el proceso de salud enfermedad, en este caso al abordar al paciente oncológico, pretenden no solo identificar en el hombre la enfermedad, la biología de esta, su causa y la conducta a seguir; sino verlo y abordarlo como un ser no sólo biológico sino también psicosocial que siente, sufre y padece, o sea, donde la espiritualidad también adquiere valor, que reconoce que el hombre vive inserto en sociedad o en un entorno determinado, por tanto, la comunicación que establezca dentro de este, de alguna manera, influyen positiva o negativamente sobre él, puesto que el hombre es un producto de su medio.

### 3. METODOLOGIA

Tipo y diseño de la investigación:

En esta investigación espero sensibilizar al personal de enfermería que vaya a brindar cuidados paliativos a pacientes oncológicos haciendo hincapié en lo importante que es la comunicación por lo tanto será una investigación bibliográfica, descriptiva.

Todo inicio con un proyecto de investigación que en un principio tuvo muchos temas a tratar quedando como principal el tema dicha tesis.

Asistencia a un seminario y taller de elaboración de tesis.

Protocolo de proyecto de investigación.

Seguimiento del modelo de la Dra. Lasty Balseiro A. en cada uno de los pasos para la culminación de la tesis.

#### 4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

En conclusión al haber analizado la comunicación entre enfermera-paciente oncológico, prestando énfasis al control de síntomas y dejando en un segundo término las medidas curativas, a menos que estas redunden en un beneficio significativo de la calidad de vida del enfermo, mi atención como parte de personal de enfermería debe basarse en los principios básicos de comunicación con el paciente, a través de ofrecerle alternativas terapéuticas.

Las cuales pueden ser aceptadas o rechazadas por él, sin menoscabo de la atención y sin involucrar conductas que dañen la relación enfermera-paciente, es decir cambios de actitud negativos por parte de enfermería hacia el paciente y su familia, dado que no acepta lo “que es mejor para él”.

El informar que la enfermedad no tiene curación no debe evitar la esperanza del paciente, el cual tiene la obligación de trasladarse de la meta de curación a obtener la mejor calidad de vida posible, a través de ofrecerle control de síntomas y asistencia psicoemocional a él y a su familia.

Con todo lo anterior también llego a la conclusión de que la comunicación con el paciente oncológico es importante porque él quiere ser escuchado,

el en muchas ocasiones se encasilla en su enfermedad y pasa por toda una serie de etapas para poder aceptarlo ¿y cómo es posible que lo supere? Con ayuda de la comunicación el simple hecho de estar presente durante procesos dolorosos, el darle una palmadita en la espalda, el decirle que cuenta conmigo son gestos que pareciesen insignificantes pero que para el paciente son mucho más confortables en ocasiones que un analgésico o un tranquilizante.

Es decir, no se debe abandonar a un paciente no curable, dado que el período que cursa desde que se reconoce la imposibilidad de curación hasta la muerte del paciente puede ir de meses e incluso en algunos casos hasta años, período que como he referido, se acompaña de síntomas múltiples, severos y de difícil control, campo de trabajo del personal de enfermería dedicado a los cuidados paliativos.

Finalmente, calidad de vida es lo que el enfermo piensa que es calidad de vida, y se conforma por su estilo de vida, su pasado, su presente y lo que él piensa que es su futuro por breve que este pudiera ser. Cada uno somos distintos, y tenemos diferente umbral de dolor así mismo tener una atención de calidad es una interpretación única.

Creo que como personal de enfermería debo seguir poniendo en práctica, y con mis conocimientos, los recursos que el paciente pueda requerir



durante la fase terminal de su enfermedad, reduciendo en lo posible su sufrimiento.

Para concluir con mi Tesis hago una atenta invitación a todo el personal de enfermería para que nunca dejen de lado el valor que tiene la comunicación, es algo con lo que contamos desde el momento de nacer hasta el último suspiro de nuestra vida, es imposible como bien lo dijo Watzlawick "Es imposible no comunicar".

El paciente oncológico necesita que se le informe de su salud sin mentiras o falsas esperanzas eso si con tacto y delicadeza, no fríamente como si fuese un objeto. Tratándolo siempre pensando en el cómo le gustaría que lo trataran en sus últimos momentos de vida.

Tampoco es beneficioso que a un enfermo que se encuentra en duermevela por su enfermedad por los fármacos o el momento del día, se le sobresalte para interesarse por él, salvo que no convenga que permanezca dormitando.

Una buena costumbre es procurar no hablar del enfermo en su presencia porque es ofensivo. Ninguneas a la persona. Esta deja de serlo y pasa a ser suplantada por la enfermedad. Por esta razón, aunque el paciente no participe activamente en la conversación se le debe incluir de forma clara

“¿verdad, fulano?”, ¿cómo tú dices siempre, eh?”, “Ya ves lo que dice...”, “Igual que tú cuando...” Al enfermo le acompaña el run run de la conversación, el contacto intermitente, la caricia, el sujetarle la mano mientras hablamos colocándonos más cerca de él que del resto de personas de la habitación o de la puerta.

Cuidar nuestra forma de hablar: Es frecuente oír hablara así a los profesionales: “Tengo una uro y un enema”. ¿Quién es “uro”? No hay uros, hay pacientes a los que se va a hacer una prueba radiológica.

Procurar centrarse en lo que se hace. Cuando dos personas están atendiendo a un paciente y se ponen a hablar entre ellas, a veces incluso de otros asuntos, rompen de manera obstinada la comunicación con el enfermo, sin tener en cuenta su persona, ya que sólo están atendiendo la parte enferma. Con ello están no sólo perdiéndose la ayuda que les puede prestar con sus indicaciones, sino haciéndole sentir que sólo es digno de atención en su parte enferma y no en la globalidad de él como persona. Como ya hemos dicho: no es posible no comunicar.

Recordemos cuándo nos ha ocurrido lo mismo, en la salud, en una tienda cuando te atiende un persona que mientras lo hace, habla o grita o da órdenes, o ... todo menos “estar contigo”. Evocando este tipo de situaciones una se siente mal. ¡Pensar que así se puede sentir alguien enfermo, en el final de su vida por un descuido tan tonto...! Acompañarle en toda exploración que para reducir sus niveles de estrés.

La presencia física ante exploraciones dolorosas o que producen miedo aumenta la tolerancia a la exploración. El enfermo agradecerá todo lo que se pueda hacer porque esté más confortable en cuanto a temperatura, mantas, corregir su postura, etc., y si no se puede estar con él por ser una exploración con rayos que se le acompañe aunque sea visualmente y decirle que se le espera.

Era de esperarse que al culminar esta Tesis se pudiera contar de manera clara con la importancia que es la comunicación entre la enfermera-paciente oncológico en fase terminal.

## 5. GLOSARIO

### CUIDADOS PALIATIVOS

Es la atención específica, activa e integral que deben recibir las personas con una enfermedad terminal y sus familias, atendiendo a todas sus necesidades.

Los cuidados paliativos intentan conseguir que los pacientes pasen los días que les resten conscientes y libres de dolor, con los síntomas bajo control, de modo que puedan discurrir con dignidad en su casa o en un ambiente lo más familiar posible, rodeados de la gente que les quiere.

### CANCER:

La palabra cáncer deriva del latín, y como la derivada del griego carcinoma, significa “cangrejo”. Se dice que las formas corrientes de cáncer avanzado adoptan una forma abigarrada, con ramificaciones, que se adhiere a todo lo que agarra, con la obstinación y forma similar a la de un cangrejo marino, y de ahí deriva su nombre.

El concepto de paciente terminal surge de la atención a personas con cáncer en fase avanzada y posteriormente se extendió a otras enfermedades que comparten algunas características similares. Es un término que hace referencia a una situación del paciente más que a una patología.

#### RADIOTERAPIA:

Empleo del Radio, rayos X y otras sustancias radioactivas con fines terapéuticos.

El objetivo de esta técnica es la destrucción de un tejido canceroso, evitando en lo posible, lesionar los tejidos sanos vecinos.

#### QUIMIOTERAPIA:

Aplicación de sustancias químicas con fines terapéuticos, para destruir un tejido canceroso.

## ENFERMERIA:

Es un servicio dedicado al bienestar humano y social, mediante la aplicación de conocimientos y habilidades científicas encaminadas al servicio de los enfermos, al mejoramiento y restauración de la salud y a la prevención de enfermedades, estos servicios se llevan a cabo en colaboración con profesionistas afines.

## PACIENTE ONCOLÓGICO:

Paciente que se encuentra con un crecimiento acelerado y descontrolado de algunas células de su cuerpo, es silenciosa en un principio y agresiva con el tiempo. Cáncer.

## CANCER:

La palabra cáncer deriva del latín, y como la derivada del griego carcinoma, significa “cangrejo”. Se dice que las formas corrientes de cáncer avanzado adoptan una forma abigarrada, con ramificaciones, que se adhiere a todo lo que agarra, con la obstinación y forma similar a la de un cangrejo marino, y de ahí deriva su nombre.

El concepto de paciente terminal surge de la atención a personas con cáncer en fase avanzada y posteriormente se extendió a otras enfermedades que comparten algunas características similares. Es un término que hace referencia a una situación del paciente más que a una patología.

#### COMUNICACIÓN:

Es el proceso mediante el cual se puede transmitir información de una identidad a otra. (Paul & Janet, 1985)

Se refiere a común-acción. En este sentido, proponemos entender la comunicación como la coordinación de acciones. Así la comunicación será más que el intercambio de información. Siempre coincide con el sentido de la información que se emitió.

#### FASE TERMINAL:

Cuando el padecimiento es irreversible, progresivo y se acompaña de múltiples síntomas bajo un pronóstico de vida limitado, que de forma empírica se considera no mayor a seis meses. (Hanks D, 1999)

## CUIDADOS PALIATIVOS

Para la OMS, los cuidados paliativos se definen como: “el cuidado activo total de los enfermos cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo”, mas aun si está en fase avanzada y progresiva. (Natalia, Casero, & Sara, 2007)

### MENSAJE:

Conjunto de elementos informativos que el emisor envía a quien cumplirá la función de receptor. Entonces, es sólo a través del mensaje que el fenómeno comunicativo puede generarse ya que si de otro modo las personas por su simple existencia no estarían estableciendo necesariamente conexión alguna. Para poder llevar a cabo la comunicación de manera apropiada, es de vital importancia que ambas partes reconozcan y comprendan el lenguaje en el que el mensaje está establecido.

### EMISOR:

Persona que emite el mensaje en el acto de la comunicación.



## RECEPTOR:

Es el agente (persona o equipo) que recibe el mensaje (señal o código) emitido por un emisor, transmisor o enunciante. Es el destinatario a quien va dirigida la comunicación

## COMUNICAR

Transmisión de un mensaje a través de un canal por medio de un código o un lenguaje, evitando el ruido, haciendo comprensible el mensaje correcto.

## COMUNICACIÓN AFECTIVA

Cuando el emisor sabe cuándo va a actuar el receptor por que el contexto se lo adelanta.

## COMUNICACIÓN NO AFECTIVA

Cuando el mensaje no llega o no produce.

## CÓDIGO

Es un elemento del conjunto de signos producto del convencionalismo que permite transmitir las ideas y experiencias.

## LENGUAJE

Conjunto sistemático de signos que permite la comunicación verbal.

Estilo de hablar y escribir.

## EMPATÍA

Ponerse en el lugar del otro

## COMUNICACIÓN INTERPERSONAL:

Es aquella que se realiza generalmente cara a cara, entre dos individuos y un grupo reducido de personas. Conversaciones cotidianas entre familiares, o cartas de amigos.

## HABLA:

Es la realización concreta de la lengua en un momento y lugar determinado en cada uno de los miembros de esa comunidad lingüística. Es la realización concreta del código.

## LENGUA:

Es un código constituido por un sistema de signos que se utilizan para reproducir mensajes y un sistema de sonido con los cuales se forman los signos.

## LENGUAJE CORPORAL:

Es aquel que se realiza a través de los movimientos del cuerpo.

## LENGUAJE ESCRITO:

Es aquel que se realiza a través de la lectura.

## LENGUAJE ESPECÍFICO:

Son las variedades más importantes impuestas por las materias o temas.

## LENGUAJE ORAL:

Es aquel que se realiza a través de las conversaciones, discursos, conferencias, charlas, etc.

## LENGUAJE PROXÉMICO:

Es la relación de espacio físico y acción humana.

## NORMA:

Se define como el conjunto de usos de la lengua aceptados por un grupo social en una situación comunicativa determinada.

## ENEMA:

«Clisma» (término antiguo), «lavado» o lavativa, es el procedimiento de introducir líquidos en el recto y el colon a través del ano.

Los enemas pueden llevarse a cabo por razones médicas o de higiene, con fines diagnósticos, o como parte de terapias alternativas o tradicionales.

## HOSPITAL

Lugar en el cual se atiende a los individuos que padecen una determinada enfermedad y que acuden a él con el objeto de recibir un diagnóstico y un posterior tratamiento para su afección.

Según el tipo de patología que atiendan, hay distintos tipos de hospitales, como ser materno infantiles, geriátricos, generales y psiquiátricos, entre otros.

Para ofrecer y cumplir con brindar una buena atención, los hospitales cuentan con diferentes áreas que se ocupan de las distintas demandas de sanidad que puede haber para evitar de esta manera una desorganización generalizada.

## TANATOLOGIA

Disciplina que se orienta al entendimiento de las vivencias de las personas y su entorno familiar, ante las pérdidas que se van generando cada día y por consiguiente ante la cercanía de la muerte.

Las pérdidas en la persona siempre implican un dolor, de aquí se desprende la palabra duelo, que representa la aflicción por la pérdida de un ser querido, de un sistema de vida, de un objeto, inclusive de aquello que se imaginó tener y no se tiene, por ejemplo la salud, un viaje, el simple hecho de asistir a un evento, cualquiera que este sea.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

(s.f.). Obtenido de <http://www.lacomunicacionhumana.com/articulos/tipos-comunicacion-humana.htm>

Fase terminal y cuidados paliativos. (2006). Revista Digital Universitaria.

Armand, & Mattelart, M. (1995). Historia de las teorías de la Comunicación. Buenos Aires: Paidós Iberica.

ENFERMERIA, I. D. (s.f.). Enfermería en cuidados paliativos. Obtenido de [www.index-f.com/index-enfermeria/23revista/23\\_articulo\\_46-47.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/23revista/23_articulo_46-47.php)

Eulalia, L. I. (1998). Enfermería en cuidados paliativos.

Hall, & Fagen. (s.f.). En Watzlawick.

Hanks D, D. G. (1999). Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3-11.

Luis, C. (2009). La relación enfermera-paciente. Universidad de Antioquia.

Marielo, E. E. (1998). La comunicación instrumento básico en enfermería.

Marriner, T. (2004). Modelos y teorías en Enfermería. Madrid: Mosby Doyma.

MP, T. (2007). Relaciones y comunicación en enfermería. Madrid: DAE.

Natalia, L., Casero, B., & Sara, G. C. (2007). Cuidados paliativos en el paciente oncológico.

Paul, W., & Janet, H. B. (1985). Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder.

Rivera, M. F. (2006). Fase terminal y cuidados paliativos. Revista Digital Universitaria.

Ruiz, T. F. (2010). Signos y síntomas del paciente oncológico. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria Campus Universitario de Teatinos.

S.Gabilondo. (1999). La comunicación en la relación terapéutica. En Estrategias para la intervención integral en la terminalidad. Astudillo.

Serrano, M. M. (1982). Teoría de la comunicación. Madrid: Corazón.

Watzlawick. (1974). "Cambio". Herder.

Wilson, O. A. (2000). La enfermería y la filosofía de los cuidados al final de la vida. Trillas.

Yerena, M. d. (20056). Comunicación oral. Mexico: Pearson Educacion.

(s.f.).