

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

LA ENFERMERA EN LA ATENCIÓN AL ENFERMO CON CÁNCER.

Por:

Lic. Heydi Díaz García¹, Lic. Daymaris Artiles Benítez² y Lic. Dignora Macías Miñoso³

1. Licenciada en Enfermería. Instructora. ISCM-VC. Miembro adjunto de la Sociedad Cubana de Enfermería.
2. Licenciada en Enfermería. Miembro Numerario de la Sociedad Cubana de Enfermería.
3. Licenciada en Enfermería. Instructora. ISCM-VC. Miembro Numerario de la Sociedad Cubana de Enfermería

Descriptor DeCS:

ATENCIÓN DE ENFERMERIA
NEOPLASMA
ENFERMO TERMINAL
CUIDADO TERMINAL

Subject headings:

NURSING CARE
NEOPLASM
TERMINALLY ILL
TERMINAL CARE

El cáncer representa la segunda causa de muerte en los países desarrollados, al igual que en nuestro país, superado por las enfermedades cardiovasculares; además, está asociado en la mentalidad popular a las ideas de dolor, irreversibilidad y sufrimiento; de ahí la importancia de que los profesionales de la salud, y muy especialmente los enfermeros, estemos preparados para proporcionar a estos pacientes una asistencia integral en todas las fases de su enfermedad, no solo en las unidades asistenciales, sino en cualquier lugar en que requieran nuestra atención^{1,2}.

En la actualidad, se da mucha importancia a la exploración, asistencia física y a la realización de técnicas, se elaboran complejos protocolos y se fomenta el consenso y el rigor científico en la presentación de este tipo de cuidados. Sin embargo, se suele dejar la asistencia psíquica al área de enfermería, sin una base metodológica y sistemática; fuera de las unidades de oncología, el personal de la salud no suele sentirse preparado para afrontar el reto que supone ofrecer apoyo psicológico a los enfermos de cáncer. Pero no por ello pierde su importancia, ya que una adecuada atención psicológica al paciente que padece esta enfermedad es vital; tal y como lo dijo Middlenton: "He visto la evolución positiva de los que tenían ganas de vivir, aunque su pronóstico fuera malo, como también he visto la evolución negativa de los que no tenían interés por vivir, aunque su pronóstico fuera más favorable"^{3,4}.

El objetivo principal de la atención es conseguir el máximo de autonomía e independencia por parte del paciente, en los aspectos físico, psicológico y emocional. El enfermo debe ser asistido, no controlado, y hay que tener en cuenta que la muerte no es un fracaso; la muerte con dolor o la vida sin control o con temor, sí lo son^{3,5}.

Todo individuo es un ser social que intenta influir en los demás y se ve influido por el resto del colectivo; por eso, a través de la comunidad terapéutica podemos cambiar las actitudes de la otra persona y convencerla de que nuestras definiciones son las correctas; si una persona está deprimida ante el diagnóstico de cáncer y sabemos que tiene un 95 % de posibilidades de supervivencia, podemos sacarla de la depresión si alteramos su definición de "cáncer-muerte", por la nuestra de "cáncer- 95 % de posibilidades de supervivencia". La disonancia producida al recibir

el paciente la información discrepante con sus definiciones, puede reducirse cambiando actitudes a favor de la discrepancia, persuadiéndole de nuestro punto de vista, fortaleciendo la postura personal con actitudes en esa línea y desacreditando la fuente de su información⁶.

La información que nuestro cuerpo transmite es más importante aún de lo que se dice; por ello, si estamos diciendo a un enfermo de cáncer, que tiene muchas posibilidades de supervivencia, y lo hacemos desde la puerta sin mirarle a los ojos, con los brazos cruzados y en voz baja, es muy probable que no nos crea. La comunicación no verbal representa un alto porcentaje de la comunicación con un enfermo, y esta aumenta según la ansiedad; en un enfermo con cáncer en estadio terminal representa el 93 %. En nuestro caso hay que cuidar los detalles, como la distancia, el contacto ocular, la expresión facial y la posición de los brazos. El contacto ocular es importante para proporcionar seguridad y dar sensación de sinceridad. Los brazos cruzados crean una barrera entre las personas e impiden el acercamiento emocional del paciente^{6,7}.

Entre los cuidados generales de enfermería dirigidos a brindar una mejor atención a estos enfermos, se hallan: ofrecer una información completa sobre la enfermedad, tanto al paciente como a la familia, pues esta disminuye el estrés y las respuestas de ansiedad, agresividad y suspicacia; adecuarse al nivel de ansiedad y al lenguaje del paciente, y hablarle en el momento adecuado. La sinceridad es importante, ya que lo desconocido ocasiona más miedo que la realidad; no esperar a que sea demandada nuestra ayuda para evitar la asociación "queja-ayuda"; estimular la exploración de sentimientos para reconocer qué está sintiendo. Podemos facilitar la solución del problema ayudando a identificar el agente estresante, y verlo desde otra perspectiva para lograr que disminuya; enseñar técnicas de relajación: ambiente tranquilo, posición cómoda, dejar "la mente en blanco". Debemos proporcionar ambiente tranquilo y agradable, debido a que el exceso de estímulos fomenta la ansiedad y la agresividad, por lo que se debe evitar la luz excesiva, el ruido, los olores fuertes, entre otros⁷⁻⁹.

¿Cómo actuar ante determinadas conductas?

Ante la agresividad, debemos dar a la persona la oportunidad de expresar cómo se siente, asimilar las expresiones de hostilidad sin enfado, pero establecer los límites con firmeza, y apoyarse en normas reconocidas por ambos, no establecer normas a nuestra voluntad; si se encuentra deprimido y retraído, ayudarlo a expresar lo que siente, contribuir a que exprese sus sentimientos, transmitir comprensión, confianza, reforzar las acciones positivas, elevar su autoestima y animarlos a relacionarse con los demás. Ante la suspicacia, dejar que hable sobre sus preocupaciones, no mentir, evitar un acercamiento excesivo que pudiera parecer sospechoso, ofrecer explicaciones sobre la aplicación de pruebas diagnósticas, investigar sus quejas; en la conducta hipocondríaca, aceptar los síntomas e informar sobre ellos, pero poner un límite, si ya se ha examinado y se ha determinado que no hay ninguna causa orgánica. Ante la conducta negativa, respetar sus deseos sin obligarlo a aceptar la realidad, pero sin ocultársela; ante la ira, evitar las causas que la originan y ayudar a los que le rodean para que no se sientan ofendidos, y entiendan que es una fase del proceso. En la negociación, tener tolerancia sin potenciar los pactos, dar la opinión sincera si es demandada, y en la aceptación, potenciar la estabilización para evitar los vaivenes emocionales³⁻⁹.

¿Cómo actuar ante los miedos más comunes?

Ante lo desconocido, establecer una relación de confianza para que pueda exponer su miedo, responder preguntas lo más específicamente posible; en la soledad, acompañarlo, intentar que se relacione con otras personas, que realice actividades, en vez de estar sin hacer nada; cuando pierda el control, aceptar sus preferencias y decisiones, siempre que sea posible; no permitir que padezca dolor y cumplir con la analgesia, y si esta no es eficaz, comunicárselo al médico para que la sustituya. Si el paciente refiere dolor, es que lo siente, aunque el medicamento deba tener un efecto más duradero^{8,9}.

Referencias bibliográficas

1. Glodding PR, Anulty RD, Wittrock DA, Brito DM, Khansur T. Predictors of depression among male cancer patients. *J Nerv Ment Dis.* 1998;183(2):95-8.
2. Simon R. Design and conduct of clinical trials. In: De Vita VT, Hellmann S, Rosemberg SA. *Cancer: principles and practice of oncology.* Philadelphia: JB Lippincott Company; 1993. p. 436-9.
3. Enfermería oncológica. En: *Enciclopedia de la enfermería vol.2.* Barcelona: Océano; 1997. p.197-205.
4. Anguera de Sojo Peira I, Palerm ME. El marco biopsicosocial en la asistencia de los pacientes crónicos y terminal. En: Anguera de Sojo Peira I. *Medicina psicosomática.* Barcelona: Doyma; 1995. p. 49-52.
5. Morales Calatayud F. La psicología en los hospitales y centros de rehabilitación. En: *Psicología de la salud: conceptos básicos y proyecciones de trabajo.* La Habana: Científico-Técnica; 1999. p. 117-34.
6. Borrego González J, Sanz Granda A. Comunicación verbal. En: *Comunicación interpersonal.* Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 1995. p. 23-35.
7. Aseguinolaza Chopitea A, Tazón Ansola MP. Escucha activa. En: Tazón Ansola MP, García Campayo J, Aseguinolaza Chopitea L. *Relación y comunicación vol.8.* 2a ed. Madrid: DAE; 2002. p.138-45.
8. Arricivita Verdasco AM, Robayna Delgado MC. Atención de enfermería a personas con cáncer. En: Ramos Calero E. *Enfermería comunitaria métodos y técnicas vol.15.* Madrid: DAE, 2002; p. 515-28.
9. Borroto Cruz R, Aneiros-Riva R. La comunicación en la práctica médica. En: Núñez de Villavicencio F. *Psicología y salud.* La Habana: Ciencias Médicas; 2001. p. 175-208.