

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



LA COMUNICACION ENFERMERA-PACIENTE
EN ETAPA TERMINAL, EN EL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES N^o. 25 DEL IMSS

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN METODOLOGIA DE LAS CIENCIAS

PRESENTA:

MA. IRMA ASUNCION GONZALEZ ESPINOSA

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. LIDIA RODRIGUEZ ALFANO

CD. UNIVERSITARIA

AGOSTO DEL 2004

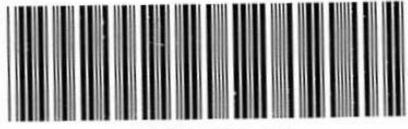
TM

Z7125

FFL

2004

.G637



1020150325

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



LA COMUNICACION ENFERMERA-PACIENTE
EN ETAPA TERMINAL, EN EL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES No. 25 DEL IMSS

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN METODOLOGIA DE LAS CIENCIAS

PRESENTA:

MA. IRMA ASUNCION GONZALEZ ESPINOSA

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. LIDIA RODRIGUEZ ALFANO

CD. UNIVERSITARIA

AGOSTO DEL 2004

TH
Z 7125
FFL
2004
.E 637



FONDO
TESIS

APROBACIÓN DE MAESTRÍA

LA COMUNICACIÓN ENFERMERA-PACIENTE EN ETAPA TERMINAL EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

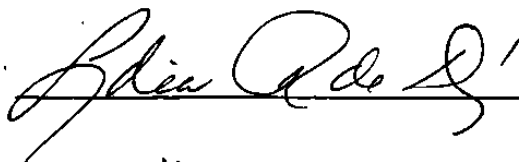
No 25 DEL IMSS

Directora de Tesis: Dra. Lidia Rodríguez Alfano

Sinodales

Firma

Dra. Lidia Rodríguez Alfano
Presidente



MC María Eugenia Flores Treviño
Secretario



MC Gabriela A. Elizondo Regalado
Vocal



MC Rogelio Cantú Mendoza
Subdirector de Posgrado de Filosofía y Letras

Agradecimiento

Quiero otorgar en especial un reconocimiento al director de tesis Dra Lidia Rodríguez Alfano ya que sin su apoyo incondicional, no hubiera sido posible el desarrollo del mismo.

Al igual a las autoridades del Hospital de Especialidades No 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social, por proporcionar los medios para que esta investigación fuera posible.

Al personal de enfermería por el apoyo, y su buena disposición para ser parte esencial de este estudio ya que sin él no hubiera sido factible, y pueda hacer uso de éste como una herramienta para regenerar la práctica de la disciplina.

También con gran gratitud a los paciente a ellos que como un libro abierto que sin temor alguno contribuyeron a escribir en está tesis sus necesidades, para que se tomen en cuenta en el futuro para renovar su atención.

Dedicatoria

A mis padres: Sr. Florentino González Cuello y Sra. Juana María Espinosa Rocha

Quienes primero con su presencia y después en su esencia siguieron fortaleciendo mi camino y acompañándome en mis éxitos o desatinos. Gracias

INDICE

	Pág.
Introducción	1
Capítulo 1	
Descripción del Hospital #25	10
1.1 Antecedentes históricos	13
1.2 Una “cultura de hospital”	14
Capítulo 2	
Antecedentes del Estudio	19
Capítulo 3	
Propuesta de Análisis del Discurso	22
3.1 Categorías básicas del concepto “paciente en etapa terminal”.....	23
3.2 Códigos de la comunicación.....	32
3.3 Análisis del discurso.....	41
3.3.1 Actos de habla	41
3.3.2 Actos de enunciación	45
3.3.3 La Retórica Neoristotélica	50
3.3.4 Procedimientos de exclusión discursiva en el ritual institucionalizado.....	53

Capítulo 4

Actitudes de la enfermera en su relación con el paciente en etapa terminal	65
4.1 Interrelación enfermera-paciente en etapa terminal	66
4.2 Estrategias persuasivas más usuales en el discurso de la enfermera.....	74
4.3 El papel de la enfermera como intermediaria entre médico y paciente	77
4.4 El tabú de la muerte y sus manifestaciones en el discurso, en la relación enfermera-paciente en etapa terminal.....	81
Conclusiones	84
Bibliografía	90
Anexos	93

Introducción

El hombre ha tratado de conocer el significado de la muerte, y al mismo tiempo de evitarlo. La carencia de estudios científicos puede considerarse como síntoma y consecuencia de un fenómeno detectable de la sociedad contemporánea, en la que es patente la negación de la muerte y su ocultamiento. En una época en la que el triunfo de la ciencia y los logros técnicos aproximan al hombre a un hipotético dominio de la naturaleza, la muerte continúa alzándose como un obstáculo. Para Rubio, Severino (1997, pp.15-18) la muerte ha tenido el carácter de tabú a lo largo de la historia en culturas civilizadas muy diferentes. Se trata de un estado donde el hombre experimenta una mezcla de pudor, miedo, angustia, curiosidad, desolación, y acaso también, serenidad y esperanza.

En la historia de diferentes culturas, la presencia de la muerte se plasma en muestras artísticas, y es un motivo de reflexión en las religiones que han pretendido dar su respuesta al fin del hombre. No en vano se trata de un fenómeno biológico, psicológico y social de trascendental importancia, que promueve determinadas actitudes psíquicas y del comportamiento, tanto a nivel individual como de grupo, y que ha originado un universo de significaciones en ritos, prácticas y costumbres, que han evolucionado igual que el acto de morir.

En Occidente, conforme a los adelantos científicos y tecnológicos y los cambios sociales, se ha modificado la forma en que el individuo muere. Anteriormente la muerte

del hombre se suscitaba en su casa rodeada de sus seres queridos, con atención religiosa, conociendo que iba a morir y con todas las facilidades para su partida.

En cambio hoy es más frecuente observar que el ser humano muera en un ambiente extraño, debido a que la atención a la salud en la etapa final de la vida, se otorga en instituciones hospitalarias, donde los pacientes terminales no cuentan con el apoyo de sus seres queridos ni pueden tomar decisiones sobre su propia muerte.

Reyes Alfonso (1996, pp.48-49) propone que la manera moderna de morir se halla influida por las instituciones de salud donde la atención del médico y del personal de salud (Enfermería) está orientada de tal manera que al paciente se le aplican todo tipo de avances, teniendo como criterio la prolongación de la vida biológica.

Según Llano Alfonso (1990, pp.465-471) Al principio del siglo XX no se hablaba de humanismo en la medicina porque su práctica estaba implícita en la vida cotidiana. Por el contrario en la actualidad, la relación médico – paciente se ha calificado como deshumanizada, entendiendo este término como resultado de un proceso de debilitamiento, ruptura y hasta perversión de las prácticas humanísticas. Este proceso quizá se deba a que los médicos son preparados para observar hechos biológicos, manejar técnicas y tratar enfermedades, pero no para comprender los aspectos emocionales y sociales de la cultura en general y de su paciente, en particular.

Para Cordero Armando (1994, pp.2-4) Actualmente el médico enfrenta una compleja paradoja. La tecnología, que se ha coadyuvado con la sub-especialización de la medicina, propicia una percepción fragmentada del ser humano quien es atendido por

diferentes especialistas en solo un órgano o una patología; y, por su parte, el paciente va perdiendo la confianza, al no creer todo lo que le dice el médico si éste no emplea la tecnología de punta en su tratamiento.

Otro personaje importante del equipo de salud de los pacientes terminales es la enfermera.

Fernández VJM afirma (1998, pp.121-125) que a lo largo de la historia se han observado avances en técnicas y cuidados encaminados a resolver, ayudar o mantener situaciones de casos que están en el límite de la existencia física de los seres humanos. En el punto preciso de “ausencia - presencia de la muerte”, provoca en la enfermera (o en el enfermo) diversas actitudes y comportamientos donde la “experimentación” de la muerte del otro motiva el enfrentamiento con la seguridad de “la muerte propia”.

Esta experiencia origina un cuestionamiento sobre la formación personal, las metas o logros por conseguir, las convicciones religiosas y las ganas de vivir. Por tanto, García Alonso (1989, pp.1-5) concluye que la relación con el paciente que se encuentra en etapa terminal, para el profesional de salud es un doble reto; implica un alto nivel de eficacia profesional, y un compromiso personal, donde se ven afectados sus propias emociones y necesidades. La enfermera está preparada en su formación para otorgar cuidados integrales; más en el aspecto biológico que en el psicológico, social y espiritual del paciente en etapa terminal. Cerezo ML (2000, pp.70-77) considera que en la atención de enfermería del paciente en etapa terminal, la valoración es un proceso continuo. Ha de reconocerse que la aflicción por la pérdida de habilidades físicas, la

pérdida de final de la vida y la separación de aquellos quienes se conocen y quieren, colocan al paciente terminal en condiciones de mayor vulnerabilidad. Por tanto la asistencia de enfermería debe ir más allá del mantenimiento del confort físico, ya que el aspecto emocional social y espiritual del paciente son igualmente prioritarios. El deber contraído comprende: apoyar al paciente en el duelo anticipado que vive, manejar y disminuir el sentimiento de culpa, ira, amargura, tristeza, irritación hacia Dios, hacia los médicos y hacia las mismas enfermeras; y facilitarle una muerte digna.

En el presente trabajo de tesis el objetivo central es identificar el tipo de comunicación que se da entre enfermera-paciente en etapa terminal y si ésta influye en la atención que se otorga en el Hospital de Especialidades No. 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La hospitalización es un fenómeno muy frecuente en estos días donde el paciente en etapa terminal es recluido y sacado de su hogar y de su vida social con el fin de prolongar la vida mediante la aplicación de todo tipo de avances por el personal de salud. Al interactuar con el paciente, la relación enfermera-paciente y la de médico-paciente pueden ser afectadas por los criterios de: costo-beneficio para la atención de la salud, la cultura, los valores y las creencias religiosas.

En la ciudad de Monterrey Nuevo León, donde habita una gran población de derechohabientes, se presentó en 1999 aproximadamente el 67.8% ó más de las defunciones acaecidas en hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social (Instituto

Nacional de Estadística Geográfica e Informática).

Ante esta realidad, surge el problema de que la institución requiere de enfermeras preparadas que puedan otorgar un ambiente propicio en la atención del paciente en proceso de muerte o en etapa terminal. Se reconoce que en la preparación del personal de enfermería se han de considerar las habilidades para realizar una comunicación efectiva; sin embargo, por las condiciones propias de los pacientes terminales, desconocemos si existe un tipo de comunicación efectiva (idónea) durante su atención. Por tanto, enfocamos la problemática de la presente investigación en torno a las siguientes preguntas:

¿Qué tipo de comunicación se realiza entre enfermera-paciente en etapa terminal en el Hospital de Especialidades No. 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Nuevo León?, y ¿Cómo puede mejorarse esa comunicación?

Ante este problema, se pondrá a prueba la siguiente hipótesis general: “La falta de una buena comunicación enfermera – paciente en etapa terminal dificulta que parte de la atención sea que este último acepte su condición”.

Derivadas de esta hipótesis general se plantean las siguientes específicas:

- Existe una falta de formación en la enfermera que la capacite para utilizar estrategias de persuasión adecuadas.
- Ante esa falta de preparación la enfermera realiza actos de habla contradictorios a su buena intención de ayudar al paciente.

En nuestra sociedad la mayoría de las personas muere en instituciones hospitalarias. Ante esta situación, es relevante estudiar la actuación de la enfermera que debe reflejar una mejor calidad en su atención y brindar un trato digno al paciente en etapa terminal. Para dar luz a este cuestionamiento es necesario analizar el intercambio comunicativo de

la enfermera con el paciente, lo cual implica la consideración en el estudio, de las concepciones sociales y la ideología que, en el contexto, se tiene en torno a la muerte. Al conocer los funcionamientos discursivos de la ideología, y la incidencia de las costumbres en el intercambio de comunicación enfermera-paciente, podrán proponerse procedimientos para conseguir esa comunicación.

Los problemas de comunicación repercuten en la falta de reconocimiento de la diferente perspectiva del paciente, y una respuesta de la enfermera que contenga juicios e intervenciones de enfermería adecuados.

En nuestro medio no existen estudios relacionados al análisis del discurso enfermera-paciente en los cuales se enfoque el grado en que estas profesionales ofrecen cuidado y consuelo a sus pacientes; se enfrenta así una de las situaciones más difíciles en la práctica de enfermería.

Esta investigación se considera de gran relevancia ya que permitirá identificar el tipo de comunicación que se realiza entre enfermera-paciente en etapa terminal en el Hospital de Especialidades No. 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Nuevo León, y proponer algunas estrategias retóricas y discursivas que mejoren ese proceso.

Con base en la Teoría de la Semiótica, se describirán conceptos, hipótesis, proposiciones y teorías partiendo directamente de los datos y no de supuestos *a priori*, ni de resultados de otras investigaciones o de marcos teóricos preexistentes (Robrech 1995).

Por otra parte, dado que en el análisis del discurso es indispensable estudiar los recursos de la retórica, el propósito central es identificar las estrategias persuasivas que

utilizan la enfermera y el grado de eficacia que tiene en la comunicación con su paciente. Con este fin, se abordarán propuestas de Helena Beristáin y de Perelman y Olbrecht-Tyteca. Entre las estrategias que se describirán se encuentran figuras retóricas como la metáfora, la preterición, la elipsis y otros así como procedimientos lógico-rationales mediante los cuales se “racionaliza” la muerte.

En un primer acercamiento se utilizarán aportaciones de la pragmática, especialmente el estudio de los actos de habla que proponen los autores originales de esta teoría. Se planearán categorías como: las funciones de los enunciados, y sus características en los procesos de comunicación, y de interacción entre el paciente en etapa terminal, considerando siempre el contexto (Austin y Searle). Además, se revisará el planteamiento de la teoría de la acción, que estudia los actos que se realizan mediante la enunciación discursiva, a fin de responder a la pregunta:

¿Qué acto se realiza cada vez que un yo (enfermera) se dirige a un tú (paciente)?

A la vez, se identificarán posibles respuestas a esa pregunta, sea que se trate del acto de explicar, criticar, alabar, felicitar, opinar, conmovir, como actos ilocutorios; y los actos de “tranquilizar” y “aceptar,” como actos perlocutorios.

Por último, con Foucault en **El Orden del discurso**, se planteará el estudio del tema de la muerte que se ha visto como tabú en la sociedad occidental y en la cultura existente. Así se analizará lo prohibido, un procedimiento de exclusión en el discurso tanto del paciente en etapa terminal como de la enfermera, quienes evaden el tema de la muerte al no poder manifestar su sentir por medio de una comunicación sin censura.

La metodología seguida en este estudio comprende:

- Diseño del estudio Cualitativo
- Población de estudio.
- Personal de enfermería del servicio de oncología.
- Pacientes hospitalizados.

Muestreo:

Se seleccionarán cuatro pacientes con diagnóstico de neoplasia por convenir al propósito teórico. Se analizará a los pacientes en su ambiente natural, a través de observación directa, grabación y notas de campo.

Se solicitará el consentimiento informado de los participantes, donde las grabaciones serán transcritas palabra por palabra a doble espacio, realizando de manera pertinente los apuntes que, en el diario de campo registren interacciones, gestos, movimientos o tonos de voz.

La transcripción será analizada para la identificación de códigos, los tipos de habla contradictorios, estrategias de persuasión (de la enfermera), aceptación de su condición (por parte del paciente) así como los hallazgos que arroje este estudio.

Ética del estudio: el presente estudio se apegará al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (1987), y se incorporará a lo establecido en el Hospital de Especialidades No 25.

Se tomará en cuenta para el estudio lo referido en el título 2, capítulo 1, artículo 13, donde se menciona que “prevalecerá el criterio de respeto a la dignidad humana, y protección de sus derechos y bienestar con las normas de su respeto socialmente

aceptados (llamarlo por su nombre, proporcionarle información necesaria, confidencialidad de sus datos)”.

Artículo 23, fracción V. “Los sujetos consentirán explícitamente en participar en el estudio para lo que firmarán el consentimiento informado en presencia de un testigo”.

Artículo 14, fracción 3 y 4 con “investigación observacional con mayores posibilidades de beneficencia y no maleficencia para los participantes”.

“Consentimiento informado, permitiendo al participante retractarse en el momento que así lo decida” Artículo 20, 21,22.

Artículo 16. “Se respetará la privacidad y anonimato de los participantes tanto en el manejo de los datos como en la publicación de resultados”.

“Se mencionará que esto es una investigación sin riesgo”, de acuerdo al artículo 17, fracción 1.

En la presente exposición se considera primeramente la descripción del Hospital Regional No 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social, con el fin de ubicar el contexto del estudio.

Al respecto Genaro Borrego (1996, pp.9-12) considera que el Hospital No 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social es un hospital grande (cuenta con 361 camas), por su situación es regional ya que atiende a pacientes derechohabientes de Coahuila, Tamaulipas, Nuevo León, San Luis Potosí, Zacatecas, Chihuahua, y Aguascalientes; por su actividad es de Especialidades Médicas, ofrecidas a nivel de consulta externa, y de hospitalización. Por su arquitectura, es de estilo mixto, y de acuerdo con su organización, es una institución pública. No constituye una empresa común, tiene particularidades como la responsabilidad tripartita de obreros, empresarios, y gobierno, que la ubican dentro de los servicios de salud otorgados por un instituto encargado de la seguridad social en el país.

La Seguridad Social constituye un elemento central del desarrollo y la justicia social de las naciones. Constituye también un derecho del trabajador para la consecución del bienestar de la población y es un factor de desarrollo y estabilidad social que garantiza el derecho humano a la salud, la asistencia médica, los medios de subsistencia tanto en la vida activa como en el retiro de los trabajadores. Colabora en la redistribución del

ingreso, así como al brindar los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.

La heterogeneidad de servicios ubicados en su estructura abarca la atención de dermatología, gastroenterología, infectología, inmunología, medicina interna, neurología, psiquiatría, urología, nefrología, oftalmología, otorrinolaringología, neurocirugía, cirugía digestiva, endopediatría, genética, hematopediatría, oncología pediátrica, pediatría médica y quirúrgica, medicina nuclear, oncología médica y quirúrgica, cuidados intensivos, servicios de apoyo de diagnóstico y tratamiento especializados.

Por tratarse de un hospital regional al cual acuden personas de diferentes estados es frecuente encontrar a estas personas angustiadas, sobre todo en los casos en que se les aleja de su medio ambiente o de la familia, cuando son hospitalizadas para su tratamiento y diagnóstico. Sus procesos y resultados incluyen la configuración de redes asistenciales o de apoyo (grupos de autoayuda, de pacientes renales, oncológicos, hematológicos, etc.), traslado de su lugar de origen, hospedaje y apoyos de la comunidad con alimentos, y otros.

La administración de este hospital es compleja por:

- a) el gran flujo de gente (personal, pacientes, visitantes, proveedores, etc.),
- b) contar con equipo complicado y variado,
- c) personal muy diverso y heterogéneo para la atención que brinda, en actividad permanente las 24 horas del día los 365 días del año.

Genaro Borrego (1996, pp.10-12) propone que se maneje mediante reglamentos y normas escritas por personal capacitado y un sistema fluido de información o comunicación que permite identificar y resolver la problemática del paciente, familiares y/o personal operativo.

Como parte de una institución el hospital regional es también un centro de formación de personal técnico médico, sanitario y administrativo y por otro lado, un centro de investigación bio-social.

Retornando a su estructura arquitectónica, el hospital No 25 se encuentra dentro de los catalogados como mixtos, con una torre de diez pisos que se yergue orgullosa viendo de frente al cerro de la silla rodeado por su edificio de consulta externa y estacionamientos, dentro de un complejo vial importante para la capital de un estado próspero como lo es Nuevo León.

En la distribución de espacio encontramos: a) un área de consulta externa, donde se brinda atención durante el día en turnos matutino y vespertino, al frente del consultorio médico se encuentra una asistente médica, quien organiza la consulta, durante la cual, el médico especialista es visitado por los pacientes y familiares para recibir la atención; b) en el área de hospital se “hospeda” a los pacientes que ameritan estudios diagnósticos y tratamiento que no pueden ser otorgados de manera ambulatoria; durante su estancia hospitalaria, el paciente recibe atención las 24 horas y en cada turno es “visitado” por el o los médicos especialistas responsables de su tratamiento, por el personal de laboratorio, de dietología, trabajo social, etc., y es “asistido” en sus necesidades de

manera constante por personal de enfermería; cuenta además con áreas de rayos x y auxiliares diagnósticos donde acuden pacientes ambulatorios y hospitalizados para sus estudios; existen también áreas restringidas con acceso sólo al personal, como las salas de junta, áreas de descanso para los médicos de guardia, de consulta bibliográficas, etc. Creando una serie de subsistemas internos en cada una de ellas, necesario para el funcionamiento del sistema hospital.

1.1 Antecedentes históricos.

El Instituto Mexicano del Seguro Social analizó la seguridad social con el propósito fundamental de garantizar el derecho humano de salud, que brinda certidumbre y equidad a los trabajadores y a sus familias y a toda la población derechohabiente.

En la búsqueda (Archivo del Hospital de Especialidades #25) se encontró un elemento así como un instrumento formidable para impulsar el crecimiento económico, equilibrado en beneficio de millones de personas que ha evolucionado en los ámbitos laborales aplicado a resarcir los daños generados por los riesgos de la vida, amplía esta concepción como es la preventiva e integral, donde el hombre y su bienestar constituyen el centro mismo de su acción.

La seguridad social en la región exige un esfuerzo de transformación y creatividad, por el reto de la transición demográfica que se está empezando a experimentar el cambio en la composición de la pirámide poblacional se traduce en el desafío de

prepararse para cubrir a una mayor población retirada, es imprescindible mejorar los servicios y prestaciones, por lo que la construcción del Hospital de Especialidades del Centro Médico Noroeste no se hizo esperar, con una inversión de 830 millones de pesos, con un total de 516 camas donde se brindará atención de todas las especialidades médicas a cuatro millones de derechohabientes de la parte Noroeste de la Republica Mexicana, se inauguró el 13 de noviembre de 1980 cortó el listón el Sr. Presidente de la Republica Mexicana Lic. José López Portillo.

El Instituto con la visión integral de la seguridad social, estudió la manera de poder atender al derechohabiente con más rapidez, para su integración en las fuerzas laborales, vio la necesidad de ampliar sus instalaciones con otro centro de atención para disminuir la carga de derechohabientes en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Noroeste y dio forma al Hospital de Especialidades No 34; llevando consigo las especialidades de cardiología médica, cardiología cirugía, angiología, neumología, cirugía de tórax. Su inauguración fue en noviembre de 1994 por el Sr. Presidente de la República Mexicana Lic. Carlos Salinas de Gortari.

1.2 Una “Cultura de hospital”

El ultimo estudio que realizo Kant sobre la cultura se basa en “El interés se desplaza de la cuestión de cómo se encarna el espíritu en el texto, a la de cómo es percibido el texto por el auditorio. Según Iuri M.Lotman (1998, p.141) ésta se manifiesta en la

historia de cultura, como la evolución de las interpretaciones de la cultura en el marco de la sincronía de una cultura dada y es como si constituyera una parte de ella; y otra sería llevada a la diacronía donde experimenta todas las dificultades de la traducción de un lenguaje a otro. Este investigador abre una puerta hacia lo que es un hospital como texto, son instituciones que existen desde las primeras culturas, que se modifican y adaptan a los cambios sociales, científicos y técnicos.

Guillermo Fajardo (1983, pp.424-425) define La palabra “hospital” con etimología latina “hospitales” significa alojamiento para enfermos, desamparados o viajeros, a veces con miras científicas, o con fines religiosos, filantrópicos. En lo que se refiere a los cambios sociales que se efectúan en el mundo, el hospital era lugar para restablecer la salud de personas internas , los servicios de salud se veían en forma aislada de la sociedad a la que pertenecía el paciente, y se enseñaba a investigar aspectos médicos; ahora el cambio se observa en la atención a la salud en los servicios hospitalarios por que gran parte de lo que sucede en éstos, afecta a la comunidad, a la sociedad. Al sufrir modificación el hospital, se abren otras fronteras hacia los hechos, ideas, y se da lugar a la creación de un lugar de confrontación e innovación científica, social, educacional, ideológica, y política, para convertirlo en un foro de polémica donde la comunidad pueda intervenir en forma económica, tecnológica, de información, y de comunicación, a favor de la atención a la salud de los individuos que tienen algún problema potencial el cual pueda ser resuelto en un margen de tiempo adecuado. Esto se puede llevar a cabo si el individuo tiene un acercamiento a los programas preventivos

que se dirigen en la institución, y guiarlas de acuerdo a su cometido que sería el preservar al Ser lo más cercano al bienestar para su mejor desarrollo personal y afectar lo menos posible a su comunidad y la sociedad, de la que es un integrante importante para el fortalecimiento de la economía. Este cambio que se observa, se piensa fue por la revolución industrial, puesto que en ella se inició la protección del trabajador en aspectos legales, higiénicos, y de seguro contra la enfermedad; con la función importante de prestar atención médica a la comunidad, se comienza la construcción de hospitales que se dividen según su tamaño, actividad, situación geográfica, estructura arquitectónica y organización entre otras características. Por su tamaño se encuentran hospitales: grandes (de 301 a 1000 camas), medianos (de 50 a 300 camas), y pequeños (menores de 49 camas). Por su actividad se encuentran hospitales generales, de concentración y de especialidades (pediatría, ginecología, psiquiatría, neumología, cardiología, etc.). Por su situación los hospitales pueden ser urbanos, rurales, municipales, regionales y nacionales.

De acuerdo a su organización los hospitales pueden ser: privados, de empresas, de sindicatos, o de instituciones descentralizadas.

Además de la estructura física, administrativa y técnica, en los hospitales es de gran importancia la comunicación que se da entre médico-paciente, enfermera-paciente, paciente-paciente, médico-familiares, enfermera-familiares, paciente-familiares, familia-familia y otros. Es la comunicación que se da entre médico-paciente, enfermera-paciente

intervención necesaria para llevar a cabo un diagnóstico y tratamiento veraz en un padecimiento dentro y fuera del hospital.

La relación médico-paciente, enfermera-paciente: es en la que existe un saludo, un reconocimiento y comunicación en un ambiente de confianza. Los “regaños” del médico o la enfermera, son permitidos por el paciente.

Dentro del núcleo de la cultura del hospital, inmersos en un sistema de reglas, se encuentra vigente el juramento de Hipócrates realizado por el médico al recibir su título; el juramento de enfermería en el que se resaltan la calidez y el trato humano de la atención a los pacientes, con el que se da fe del compromiso adquirido ante la sociedad, como también los derechos de los pacientes y un código de ética para médicos y enfermeras. En un intento de garantizar un trato digno a quienes requieren de un tratamiento en los momentos más difíciles de la existencia humana: en los momentos de pérdida de la salud y/o la llegada de la muerte.

Iuri M. Lotman (2000, pp103-105) escribió sobre *La arquitectura en el contexto de la cultura* un aspecto importante como es el diálogo interno de la cultura que se forma con su historia. Eso le garantiza el hecho de que en la conciencia del perceptor los estados pasado y presente del sistema estén presentes al mismo tiempo, para hacer una correlación con la semiótica de la serie extraarquitectónica como es el ritual de la vida cotidiana, religiosa, mitológica. Esto confirma que en la cultura del hospital existe una tendencia natural del hombre a buscar la salud, para la cual recurre a la magia, al empirismo, la experimentación, y al pensamiento racional, que por su obra y práctica, se

reconoce los acontecimientos y descubrimientos en la medicina como la anestesia, los rayos X y otros que dieron características especiales del funcionamiento de un hospital para beneficio del individuo en la atención a la salud. Guillermo Fajardo (1983, pp.432-433) refiere que la transformación social se dio por la revolución francesa (1789-1799) y la revolución industrial(1760-1830), para dejar de ser el hospital una institución que alojaba desamparados o pobres. El cambio fue dirigido primero a restaurar la salud y actualmente a programas de promoción y prevención de la salud con el fin de dar auge al autocuidado, y para que éste se dé, es necesario que el personal de salud otorgue a través de comunicación directa con el individuo, orientación específica para que la persona realice juicios de valor y tome la responsabilidad de su salud. Aunque en algunos casos se trate de padecimientos crónicos, con esta orientación estas personas puedan llevar una vida adecuada. El personal de salud, para poder brindar una orientación y cuidados apropiados, debe estar en una capacitación constante que le permita estar actualizado, esta situación hace a la investigación y la enseñanza necesaria o propia de todo centro hospitalario para la formación de médicos, enfermeras y equipo paramédico en alguna de las especialidades que se dan en cada uno de ellos considerando los avances de la medicina moderna alópata y alterna, la que tiende a ser otra opción, que al ser combinada con la religión y la tradición se encuentre una mejor salud al individuo.

Aniorte Hernández (2000) en su estudio de caso **Experiencia en el cuidado a un enfermo próximo a la muerte**, describe los cuidados paliativos en el control de síntomas, apoyo emocional y espiritual, y la comunicación, con un paciente en estado terminal. Concluye que hay una necesidad importante de comunicación entre el paciente y la enfermera que sepa escuchar, sin huir de la reflexión que se haga sobre la muerte.

Raúl Gómez López (2000, pp.199-201) realizó el estudio descriptivo **Referente conceptual ante el proceso de muerte**, en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia cuyos objetivos fueron: conocer los conceptos que tiene el alumno sobre el duelo y las necesidades de la familia ante la muerte, e identificar las principales emociones experimentadas por el alumno ante ella. Los sujetos de estudio fueron alumnos de octavo semestre de Licenciatura en Enfermería, seleccionados en forma aleatoria, a quienes se aplicó el instrumento muerte/conceptos. El total de los entrevistados reconoce que las tres principales necesidades son: comunicación efectiva, compañía y trato digno. En cuanto a las emociones generadas en los estudiantes ante la muerte, la mayoría se refirió al respeto y miedo, y un 36 % aceptó carecer de los elementos básicos para dirigir al moribundo.

Betty Ferrell, (2001, pp.30-35) realizó una investigación en City of Hope National Medical Center de Duarte, California sobre **Cuidados al Paciente Terminal** para la cual elaboró un cuestionario que cubriera cuatro aspectos de los cuidados paliativos: a) los dilemas que con mayor frecuencia afrontan las enfermeras que trabajan con enfermos

terminales; b) las barreras que más a menudo perciben; c) la eficacia de la formación relativa a los cuidados a pacientes terminales; y d) las creencias y prácticas de enfermería en relación con la eutanasia y el suicidio asistido. Su pregunta de investigación fue: ¿hasta qué punto las enfermeras atendemos bien las necesidades de los pacientes terminales? Con ese objetivo seleccionó al azar y envió las encuestas a 5000 enfermeras oncológicas. De ese universo de estudio, 2333 (40%) de las enfermeras regresaron las encuestas. Los resultados muestran la opinión general de que las enfermeras pueden proporcionar un mejor cuidado físico o biológico, pero se sienten menos confiadas cuando intentan proporcionar atención espiritual y psicosocial.

María Luisa Gutiérrez Ibáñez (1995, pp. 1-62) En la investigación (inédita) sobre **Actitudes del personal de enfermería en pacientes con enfermedad terminal con connotación a nivel académico y experiencia**, se determinan las actitudes que el personal de enfermería tiene hacia pacientes con enfermedad terminal. El estudio fue dirigido al personal de enfermería en atención directa, seleccionando aleatoriamente hospitales de tercer nivel. A partir de los resultados se concluyó que existe una relación positiva entre el nivel académico y la actitud del personal de enfermería; y el Licenciado de enfermería resultó ser quien dio atención integral a los pacientes en etapa terminal.

En la University of Wales College Of Cardiff Justine Coupland, (1994, pp.99-124) se realizó un estudio sobre el **Marco de negociación en consultas entre doctor y pacientes de la tercera edad**. El objetivo era identificar en el discurso cómo los doctores y los pacientes de la tercera edad colaboran y negocian el trabajo de construir un marco médico para comunicarse. El punto inicial fue la asimetría gobernada por la

práctica médica, y la necesidad de explorar los formulismos abstractos de la interacción medica (delimitar el habla).

En el análisis de la intención de enfatizar los diferentes medios en lo que los participantes sostienen un marco fáctico o relacional (al menos en pequeñas porciones de sus charlas), no se encontró evidencia de interacción perniciosa de asimetría o un marco de conflicto. El habla socio-relacional es normativa y tanto los pacientes como los médicos juegan un importante papel al negociar cómo y cuándo deben moverse a un marco médico de habla.

Sue Fisher, (1991, pp.157-182) de la Wesleyan University, realizó un estudio del **Discurso de lo social: habla médico/ habla de poder/habla oposicional**, en el cual compara cómo las enfermeras y los doctores se comunican con pacientes femeninas durante encuentros médicos, y analiza la interacción y el trabajo ideológico que está detrás de esa comunicación. Concluyó que los médicos en las consultas no profundizan en el aspecto socioemocional de los pacientes, y al desconocer el contexto, el tratamiento no puede ser individualizado. En cambio la enfermera, como proveedor, está en una posición en la que puede explorar, aparte de lo médico, lo social, el contexto biográfico o el canal de interacción del paciente a su cargo.

Estas investigaciones tienen como resultado común la falta de preparación tanatológica en las enfermeras; esto es, del conocimiento profundo de los estudios sobre la muerte.

Con base en estos antecedentes, la presente tesis se propone analizar la relación enfermera-paciente en etapa terminal. El objetivo central es evaluar su mutua comunicación y determinar si en su actuación la enfermera hace aportaciones hacia la solución del problema aquí planteado.

Capítulo 3

Propuesta de Análisis del Discurso

Conocer qué tipo de comunicación se realiza entre enfermera-paciente en etapa terminal y mejorar la atención de enfermería que se brinda al paciente al estar en el hospital, o en los distintos departamentos donde reciben los cuidados de enfermería pertinentes para su padecimiento. Tener acceso no sólo al control de síntomas físicos, o alivio al dolor, sino a la llave que permita la comunicación hacia el paciente que, conociendo o desconociendo su diagnóstico, o gravedad, le dé un apoyo y sostén, para discernir y mitigar las causas de su sufrimiento, por parte del equipo de salud. Reconocerlo como un ser humano y no aislarlo dando origen a una barrera de actitud por no estar preparados para la muerte, hecho que tiene como consecuencia una sociedad que niega su existencia. A lo anterior se suma el hecho que hoy en día no se muere en casa, esto se convierte en un factor alienante de la muerte y el morir. Otro factor es crear expectativas en los adelantos tecnológicos y las mejoras en el nivel de vida de la sociedad, así como las escalas de valores basadas en lo material, a lo que tienen acceso

las personas de nivel social medio o alto, ya que los “pobres” sólo pueden contar con sus valores morales al morir.

3.1 Categorías básicas del concepto “paciente en etapa terminal”

Antes de 1970 al paciente oncológico se le ofrecía; la sobrevida y la toxicidad del tratamiento por lo que hubo la necesidad de que el equipo multidisciplinario se reuniera para ofrecer una atención holística ampliando la visión de lo que se pretende, cuando se incluyen los conceptos de calidad de vida a la enfermedad y a la salud.

Calidad de vida es un concepto dinámico que permite evaluar la enfermedad en el tiempo en la que se detecta, y la iatrogenia que se puede producir con la terapia en las personas con cáncer.

En lo actual lo que se maneja es el modelo biomédico con énfasis en la investigación, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, y un desconocimiento de aspecto psicosocial que comprende lo emocional, económico, cultural, espiritual, intelectual, y las relaciones interpersonales.

Otro concepto importante es el de “Cuidados paliativos” (Organización Mundial de la Salud) tiene como objetivo facilitar al paciente y a su familia la mejor calidad de vida posible. Para poder desarrollarlo es necesario que la comunicación sea efectiva entre enfermera-paciente, debe darse espontáneamente permitiendo que el paciente en etapa terminal comprenda con lenguaje simple, todo lo que se refiere a su enfermedad

tomando en cuenta la capacidad reflexiva que posee la persona. Se observa que en el momento que aparece el tema de la muerte como consecuencia del paciente en etapa terminal, se buscan conceptos que puedan dar a conocer el proceso que se está desarrollando dentro y fuera del núcleo familiar.

Medal (1992, pp.1-3) define al paciente en etapa terminal como aquél que padece una enfermedad claramente documentada en la que existe acuerdo para no aplicar tratamiento con finalidad curativa y cuya esperanza de vida no es superior a seis meses.

Para Velásquez (1993, pp.80-82) el paciente en etapa terminal es aquel Ser humano en quien la enfermedad ha avanzado tanto que la muerte está próxima.

Vélez (1993, pp.71-75) considera al paciente en etapa terminal quien no es otra cosa que el hombre que muere en medio de un gran componente científico.

Marigorta (1997, pp.1-3) define al paciente terminal como el que está en una situación inevitable, en la que las medidas de soporte vital sólo pueden conseguir un breve aplazamiento del momento de la muerte.

Para Álvarez (2001, pp.2-10) el concepto del paciente en etapa terminal es aquél cuya enfermedad es irreversible, está en avanzado estado de evolución y progresa hacia la muerte.

Para la filosofía del hospicio es aquél en quien la terapia para la enfermedad, la curación, y la prolongación de la vida ya no son efectivas, apropiadas o deseadas y cuyo pronóstico es menor de seis meses.

El abordar el contexto del paciente terminal donde muchas veces el preservar la vida con dignidad se dificulta, a pesar de los esfuerzos que se realicen en determinado momento es infalible, aún con el desarrollo de la tecnología y ciencia que hace que el ser humano tenga una esperanza de vida más alta.

Interacción de enfermera-paciente desde el punto de vista de la medicina.

La enfermera con características propias de su disciplina desarrolla su papel profesional con el cual fue formada en el ámbito terapéutico, pero hace falta reafirmar esa parte del ser humano que a diario trasmite un impacto personal mediante su comunicación a través del cuerpo, valores, expectativas del momento, órganos de los sentidos, capacidad para hablar (palabras y voz), conocimiento, sentimiento afectivo, para llegar es necesario mejorar estas habilidades y reforzar la relación armónica enfermera-paciente.

La comunicación es un proceso delicado y complejo, mediante el cual nos podemos entender para vivir con los demás, y podemos solucionar conflictos con los semejantes y con uno mismo. En lo que se refiere a la comunicación interpersonal es conectarse con otra persona en un nivel emocional y no sólo en el nivel intelectual, sino encontrar nuevas habilidades que puedan coadyuvar y enriquecer la importante labor que desempeña en el tratamiento del paciente,

para contribuir a derrumbar las barreras que se forjan entorno de la interacción de ambos individuos.

Para enriquecer la interacción-enfermera paciente la disciplina de enfermería esta trabajando en las teorías de enfermería que nos permita mejorar la capacitación a través del conocimiento teórico, ya que los métodos aplicados de forma sistemática tienen mayores posibilidades de éxito, ya que las enfermeras sabrán en cada momento las razones de sus actos. La teoría facilita a los profesionales de la enfermería autonomía de acción, ya que sirve como guía en los aspectos prácticos, educativos y de investigación asociados a sus funciones profesionales, ayuda a desarrollar las habilidades analíticas, estimula el razonamiento, aclara los valores y suposiciones que se aplican, y determina los objetivos de la práctica, la educación y la investigación en enfermería.

Algunas de las teorías que en la actualidad siguen vigentes las introdujo Florence Nightingale quien fue la primera enfermera que escribió y dio a conocer en el siglo XVIII su teoría que se centra en el entorno, al que define como el cúmulo de todas las condiciones e influencias externas que afectan la vida y el desarrollo de un organismo y son capaces de evitar, suprimir o contribuir a las enfermedades, los accidentes o la muerte. Para mantener una atención sanitaria adecuada era necesario disponer de un entorno saludable, y propone cinco componentes esenciales de la salud ambiental (aire puro, agua pura, alcantarillado eficaz, limpieza y luz).

Su concepto de enfermería era que todas las mujeres, en algún momento de su vida tendrían que actuar como enfermeras, entendiendo ello como la responsabilidad de velar

por la salud de otros, la que incluía todo, desde los alimentos y las flores del paciente, hasta las interacciones verbales y no verbales con que se expresa al estar frente al paciente en el momento de asistirlo en el proceso de su enfermedad. Nightingale (1999, pp.69-79) aludía a las personas como pacientes y los describió pasivos porque la enfermera trabajaba por y para el paciente y se encargaba de controlar el entorno en el que se movía para facilitar su recuperación.

Un punto importante es la descripción de la relación enfermera-paciente en él propone una necesidad de cooperación y colaboración en los modos y preferencias de los alimentos, y se analiza lo positivo de la compañía de un animal querido para el paciente, la protección de éste frente a inquietudes emocionales y la conservación de la energía y favorecer a la participación del paciente en sus tareas de autocuidado.

Virginia Henderson (1999, pp.99-103) publicó la Definición de enfermería en 1955, como “La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible”.

En su obra señala 14 necesidades básicas, importantes en la asistencia de enfermería en el paciente, siendo las siguientes.

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.

3. Evacuar los desechos corporales.
4. Mover y mantener una postura adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir la ropa adecuada.
7. Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
8. Mantener la higiene corporal y un buen aspecto y proteger la piel.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás.
10. Comunicarse con los otros expresando las propias emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Actuar con arreglo a la propia fe.
12. Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo.
13. Disfrutar o participar en diversas formas de entretenimiento.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normal y acudir a los centros sanitarios disponibles.

En su escrito, Henderson comparte el concepto de Persona (paciente) como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son inseparables. Así contempla al paciente y a su familia como una unidad.

Una de sus afirmaciones teóricas cita la relación enfermera-paciente, la enfermera “debe meterse bajo la piel de cada paciente para conocer cuáles son sus necesidades”, para llegar a un objetivo común ya sea la independencia de mantener la vida cotidiana lo más normal posible, favorecer la salud del individuo o una muerte tranquila, de acuerdo a las circunstancias como la edad, el carácter, el estado anímico, la posición social, o cultural y la capacidad física e intelectual.

Myra Estrin Levine (1999, pp.376-379) explica en su teoría los cuatro principios de conservación, cómo la disponibilidad de respuestas adaptativas que se caracteriza por la redundancia cuando la estabilidad del individuo está amenazada. Los procesos de adaptación crean una economía corporal para salvaguardar la estabilidad del individuo. La adaptación es la esencia de la conservación.

Principios de conservación:

1. Conservación de la energía. El individuo necesita un equilibrio energético y una renovación constante de la energía para poder mantener las actividades vitales. Las intervenciones de la enfermería, graduadas según la capacidad del individuo, dependen de que se proporcione una asistencia que genere la menor demanda adicional posible.
2. Conservación de la integridad estructural. La curación es un proceso de restauración de la integridad estructural. La enfermera identifica los cambios funcionales mediante la intervención de enfermería.

3. Conservación de la integridad personal. La autoestima y el sentido de identidad son importantes. La enfermera puede mostrar respeto a los pacientes llamándolos por su nombre, respetando sus deseos, valorando sus objetos personales, proporcionándoles cierta intimidad durante sus actuaciones, apoyando sus defensas y enseñándoles.
4. Conservación de la integridad social. La vida adquiere significado a través de los grupos sociales, y la salud está determinada por la sociedad. Las enfermeras contribuyen a satisfacer las necesidades religiosas y utilizan las relaciones interpersonales para conservar la integridad social.

Levine define enfermería como una interacción humana, al aplicar los principios científicos en la que las decisiones dependan de situaciones precisas que la enfermera comparta con el paciente.

Joan Riehl-Sisca (1999, pp.376-379) presenta su teoría de Interaccionismo simbólico. Es la interacción humana que mediatiza el uso de símbolos por la interpretación o por la averiguación del significado de la acción de otro.

Esta mediación equivale a la inserción de un proceso de interpretación entre el estímulo y la respuesta en el caso de la conducta humana. Dentro de la teoría, la comunicación es un componente esencial del interaccionismo simbólico como fuente principal de intercambio entre los seres humanos en la comunicación verbal, los modos no verbales de comunicación se consideran a menudo de importancia comparable, este principio es aplicable a la enfermería.

Para Riehl-Sísca las personas, individual o colectiva, están preparados para actuar basándose en el significado de los objetos que integran su mundo, describe a la enfermera como una persona consciente de su capacidad, que dirige sus propios actos y asume más de un rol durante un período dado. Asociación de personas que producen necesariamente un proceso en el cuál se hacen indicaciones unas a otras, y cada una interpreta las de los otros. Por ello, los significados formativos de las acciones surgen de esta interacción recíproca, un ejemplo de una interacción es la de enfermera-paciente.

Los supuestos analíticos de Interaccionismo simbólico son los siguientes:

1. El hombre vive en un entorno físico y simbólico y puede ser incitado a actuar a través de símbolos o de estímulos físicos.
2. Mediante los símbolos, el hombre adquiere la capacidad de estimular a los demás por vías distintas a las que le han estimulado a él.
3. A través de la comunicación por símbolos cada persona puede aprender de otras un ingente número de significados y valores, y formas de actuación.
4. Los símbolos, los significados y valores a los que se refieren no se da de forma aislada sino en grupos amplios y complejos. En consecuencia, toda persona es capaz de introducirse dentro de los problemas de otros, adoptando el rol de éstas, anticipando sus actuaciones y aplicando un plan de acción para ayudarles a alcanzar sus objetivos.

5. El pensamiento es el proceso por el que es posible examinar las soluciones simbólicas y otros cursos futuros de acciones, evaluar sus ventajas e inconvenientes relativos con arreglo a los valores personales y elegir las para la acción o rechazarlas.

3.2 Códigos de la comunicación

Iuri M. Lotman (1993, pp.21-25) en la revisión de algunos conceptos básicos en los orígenes de la Semiótica se hallan dos tradiciones científicas, una de ellas parte del concepto del signo como elemento primario de todo sistema semiótico. La segunda se basa en la tesis de Saussure y de la Escuela de Praga toma como fundamento la antinomia entre la lengua y el habla (el texto).

Con base en él análisis el signo aislado, y todos los fenómenos semióticos siguientes son considerados como secuencias de signos. Otro punto de vista, se expresó en la tendencia a considerar el acto comunicacional aislado, el intercambio de un mensaje entre un destinador y un destinatario como el elemento primario y el modelo de todo acto semiótico. Cabe señalar que la semiótica integrada, al tener la posibilidad de entrar en comunicación, conservar información y, lo que es particularmente esencial, elaborar información nueva, es un dispositivo pensante y, en determinado sentido actúa como individualidad cultural.

La naturaleza de la cultura no es comprensible al margen del hecho de la diferencia psicofísica entre las distintas personas que interactúan entre ellas, para ello introducen

una teoría con el concepto de “hombre” como cierta unidad conceptual abstracta, esta se desarrolla en el siglo XVIII por sociólogos, la cual sigue vigente en nuestros días, considera que las diferencias individuales y las diferencias grupales del plano psicológico-cultural que se estratifican sobre ellas; reconoce al hombre como objeto semiótico-cultural; así como la capacidad que posee la persona humana de tener realizaciones diversas en base de las numerosas acciones comunicativas y culturales del hombre. El texto se trasmite por los dos canales a la vez, uno de ellos oscila entre los significados transmitidos en el canal “YO-EL” y los formados en el proceso de autocomunicación. En dependencia del acercamiento a uno u otro eje y de la orientación del texto a uno u otro tipo de transmisión, es percibido como “versos” o como “prosa”.

Para M. Lotman Iuri (2000, pp.54-55) el sistema de la comunicación humana puede construirse de dos modos, una información dada de antemano que se traslada de un hombre a otro, y un código constante dentro de los límites de todo acto de comunicación. El otro se trata del incremento de la información, de su transformación, su reformulación en otras categorías, al tiempo que se introducen no nuevos mensajes, sino nuevos códigos, y el que recibe y el que trasmite coinciden en una sola persona.

En la Tesis Doctoral de Rodríguez, Alfano Lidia (1999, pp.41-50) Los textos verbales son más complejos, dado por el carácter autocomunicativo del vínculo puede enmascararse adoptando formas de otros tipos de trato (ejemplo, la plegaría) puede ser percibida como un trato no consigo misma sino con una poderosa fuerza externa.

Los textos escritos se definen por su heterogeneidad de objetivos en su análisis se determina la multiplicidad de criterios de delimitación. Hay quienes consideran que la conversación es un “subtipo del discurso oral”, y otros, que todo tipo de discurso es una subvariedad de la conversación.

Lakoff cuestiona las distinciones que se han hecho entre la conversación y los textos expositivos escritos, en tanto que ambos pueden estar relacionados con otros criterios de diferenciación. En su distinción entre la conversación cotidiana y otros subtipos de discurso como el de propaganda política, oral, escrita, encuentra que esta última, la función persuasiva es la dominante, mientras en las conversaciones causales, es la fática.

El tema arriba mencionado, es una parte primordial para el estudio que se está desarrollando en la relación enfermera-paciente en etapa terminal; y para identificar los códigos de comunicación enfermera-paciente, el cual partiendo de una premisa y del marco profesional holista de enfermería ha manifestado la necesidad de que las enfermeras integren en sus cuidados la comunicación. Según Parse, la comunicación ayuda a la persona a ser consciente de sí misma; desde el punto de vista de Orem, favorece al mantenimiento de una relación afectiva, así como de el consenso y la cooperación; finalmente, según Newman, la comunicación ayuda a la enfermera a empatizar con las acciones y los sentimientos del paciente.

En definitiva, Carrillo, María (2001, pp.23-26) lo que se persigue desde la enfermería es la atención y cuidado de los individuos para dar un sentido a su experiencias de salud a través de la comunicación. La relación enfermera-paciente en

etapa terminal tiene como base el hacer del conocimiento el tipo de atención, y procedimientos que se le efectúan al paciente, que pueden ser en forma oral o escrita y sean respetados mutuamente, así como sus derechos:

1. El nombre del paciente debe estar visible en letras grandes en la cabecera de la cama para que al dirigirse a él no sea tratado como números o por la enfermedad que padece; el paciente quiere ser conocido por su nombre y no por su enfermedad.
2. Que al ingreso el paciente al hospital se le informe sobre sus derechos, ya que esto facilitará su estancia proporcionándole seguridad y confianza.
3. Que el paciente pueda gozar de actividades recreativas, siempre que el hospital cuente con el área específica para este fin, para que su estancia hospitalaria sea menos monótona.
4. Que los informes en relación con la enfermedad, tratamiento y pronóstico sean proporcionadas al paciente y a la familia con la claridad necesaria y de manera apropiada, para que puedan entenderlos.
5. Dar a conocer al paciente las normas hospitalarias y el nombre de las personas encargadas de su atención.

Partiendo de lo anterior la enfermera dará a conocer los derechos como paciente hospitalizado donde la responsabilidad de llevar acabo el conocimiento y cumplimiento son el equipo de salud:

1. El paciente tiene derecho a que se le atienda con consideración y respeto.

2. El paciente tiene derecho a tener de su médico toda la información disponible relacionado con su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, en términos razonablemente comprensible para él. Cuando médicamente no sea aconsejable comunicar esos datos al paciente habrá de suministrarse dicha información a una persona adecuada que lo represente.
3. El paciente tiene derecho a saber el nombre completo del médico responsable de coordinar su atención.
4. El paciente tiene derecho a que su médico le comunique todo lo necesario para que pueda dar su conocimiento informado previamente a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento.
5. El paciente tiene derecho a rechazar el tratamiento en la medida que le permita la ley. También tiene derecho a ser informado de las consecuencias médicas de su acción.
6. El paciente tiene derecho a que se le respete su vida privada en relación al programa médico de atención que se le aplica, las discusiones del caso, las consultas, exámenes y tratamiento son confidenciales y deben de tratarse con toda discreción.
7. El paciente tiene derecho a esperar que todas las comunicaciones y registros que pertenezcan a su caso se mantengan en secreto.
8. El paciente tiene derecho a esperar que dentro de sus posibilidades el hospital responda a las solicitudes del servicio hechas por el paciente.

9. Tiene derecho a que se le dé cualquier información relacionada con conexiones que se encuentra y otras instituciones.
10. El paciente tiene derecho a negarse a participar en experimentación.
11. El paciente tiene derecho a esperar que su tratamiento sea continuo dentro de lo razonable, a saber las horas de sus consultas, el nombre de su médico y en donde encontrarlo.
12. El paciente tiene derecho a examinar y recibir una explicación de la cuenta de gastos en lo que ha incurrido.

Ibarrondo, Bengoechea (2001, pp.266-275) encontró que también tienen sus derechos los pacientes en etapa terminal, y éstos se aplican en todos los casos en que la persona tenga este pronóstico, y son:

1. A vivir hasta su máximo potencial física, emocional, psicológica, espiritual y social, de acuerdo a su situación concreta. O sea, tiene derecho a ser tratada como un ser humano, vivo, hasta el momento de su muerte.
2. A vivir independiente y alerta. Tiene derecho a expresar sus sentimientos y emociones, en todo momento, y desde luego en su manera de enfocar su propia muerte.
3. Atener alivio de sus sufrimientos físicos, emocionales, psicológicos, intelectuales, sociales, y espirituales. Es más tiene derecho a no experimentar dolor, en lo posible, para que pueda mantener una sensación de optimismo.

4. A conocer o rehusar conocer, todo lo concerniente a enfermedad, su estado, su pronóstico médico.
5. A ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores, pero competentes en su campo, seguros de lo que hacen.
6. A participar en las decisiones que incumben a sus cuidados y a su vida.
7. A que se le prolongue indefinidamente el sufrimiento, ni se le apliquen medidas extremas, o heroicas, para sostener sus funciones vitales.
8. A usar su creatividad para pasar mejor su tiempo.
9. A discutir y acrecentar sus experiencias religiosas, místicas y espirituales.
10. A disponer de ayuda de y para su familia, tanto a la hora de aceptar su muerte, como a la hora de morir.
11. A no morir solo.
12. A morir con verdadera dignidad, con plena aceptación y en total paz.
13. Esperar que la inviolabilidad de su cuerpo sea respetada tras su muerte.

La aplicación de estos derechos buscando como meta mejorar la calidad de vida, al final de la existencia y ofrecer al paciente confort, dignidad. Además, hace a la enfermera sentirse útil, con respecto a su persona y una reafirmación de vida más que evidencia de una preparación especial para enfrentar la muerte.

El código de comunicación no verbal en la relación enfermera –paciente en etapa terminal.

La enfermera en su relación con el paciente en etapa terminal establece una comunicación abierta con él, para llevar acabo los cuidados pertinentes para su estancia hospitalaria.

Esta comunicación según SECPAL (1999, pp.1-4) es una herramienta terapéutica esencial que da acceso al principio de autonomía, al consentimiento informado, a la confianza mutua, a la seguridad y a la información que él/ella necesita para ser ayudado (a) y ayudarse a sí mismo (a).

También permite la imprescindible coordinación entre el equipo sanitario, el cuidador, la familia y el paciente. Una buena comunicación en el equipo sanitario reduce ostensiblemente el estrés generado en la actividad diaria. Una familia con accesibilidad fácil a la información de lo que está sucediendo es más eficaz con el enfermo y crea menos problemas.

El comunicar es hacer partícipe o transmitir a otra persona algo que se tiene información, sentimiento, pensamiento, o ideas, lo que no se tiene no se puede transmitir.

Kozier, Barbara (1993, pp.880-888) destaca que la comunicación no verbal se manifiesta mediante las expresiones faciales gestuales, posturales, contacto físico, tono de voz, y dirección e intensidad de la mirada. La enfermera podría valorar los signos y

síntomas con sólo adoptar el código del lenguaje no verbal que implica: sujetar la mano del paciente, tocar su hombro, colocar bien su almohada o secar su frente, posición de pie o sentado, lugar (un pasillo o una habitación privada), dirección de la mirada, atención y escucha, tiempo dedicado, actitud, contacto ocular, expresión facial, movimientos de cabeza, postura y porte, proximidad y orientación, apariencia y aspecto físico. El escuchar no es solamente oír; implica una actitud de escucha adecuada. Con este fin, es importante la postura que adopta la enfermera.

Conviene que esté sentada al lado o en la cama del enfermo, nunca de pie ni con los brazos cruzados. Escuchando, conoce mejor las respuestas que el enfermo tiene que recibir y si éste está en condiciones de hacerlo. Hay que escuchar lo que dice el paciente, cómo lo dice y lo que además implican sus palabras. Escuchar es prestar una atención despierta, activa, que formula preguntas y sugiere respuestas. El mismo silencio es a veces más elocuente que las propias palabras. En resumen, la actividad no verbal es una de las habilidades en la comunicación e incluye; una escucha activa, la empatía, el evitar el paternalismo, el proceso de evaluar el grado de información, e identificar lo pertinente, esto es, lo que sabe, lo que quiere saber, lo que le preocupa al paciente y evitar excesiva emoción. La comunicación que se de en forma verbal y no verbal sea positiva por parte del personal sanitario, aumente la satisfacción de los servicios prestados y permitir a los pacientes tomar decisiones informadas acerca de su cuidado, esta comunicación hacerla extensible ha la familia con el fin de reducir el aislamiento del paciente, y favorecer a una dinámica familiar más adaptativa.

3.3 Análisis del discurso

El objetivo de la investigación es conocer la relación enfermera-paciente en fase terminal. Para conseguirlo Lozano Jorge (1986, p.135) manifiesta que es imprescindible utilizar los conceptos y métodos del análisis del discurso, que permitan conocer los procesos de la forma en que se transmiten y describir los distintos discursos que atraviesan la sociedad, además de explicar qué hacen los sujetos con su actividad discursiva. Bajtin considera el texto escrito y oral como dato primario de todas las disciplinas y en general de todo el pensamiento teológico y filosófico en sus orígenes. Texto es aquella realidad inmediata, realidad de pensamiento, y de emociones, sobre la cual sólo pueden fundarse estas disciplinas y este pensamiento.

3.3.1. Actos de habla

Rodríguez, Alfano Lidia (2004, pp.47-48) describe que una de las tendencias del análisis del discurso es la pragmalingüística, propuesta por Austin y Searle, y la adaptación de estas propuestas por parte de Van Dijk. Los autores fundamentales de esta perspectiva describen la pragmática como una tendencia que se basa en la filosofía de la acción. Enfocan el problema de la relación pensamiento-acción y enfatizan el papel de la intencionalidad. El planteamiento básico de esta teoría radica en la división tradicional de los fenómenos mentales en tres áreas: cognoscitiva, que concierne al conocimiento; la

afectiva, el sentimiento; y la volitiva, a la voluntad. En este sentido, ya Wittgenstein consideraba las acciones humanas desde tres puntos de vista:

- a) las acciones son eventos producidos por causa de diversa índole-actos de voluntad, según algunas teorías; creencias o deseos, según otras; personas o agentes, según otras más;
- b) las acciones son eventos dirigidos en un sentido específico, con una finalidad, por lo que trata en ellos de una causalidad teleológica y no mecánica;
- c) las acciones son eventos caracterizadas en términos de reglas de conducta racional y ética, de modo que el agente es considerado responsable de esas acciones y se les puede adjudicar culpa o declarar inocente de los efectos o consecuencias, y es digno de ser premiado o castigado en relación a los mismos, en los actos humanos, por lo que se ha considerado como una ciencia de la actividad práctica.

Los pioneros en el análisis del discurso con esta perspectiva son los filósofos de la escuela de Oxford, especialmente Austin y Searle, quienes plantearon originalmente el estudio de de los actos performativos como el resultado de pronunciar verbos como bautizar, declarar, prometer, jurar, etc. que tienen como característica distintiva que, al introducirlos en el discurso dado en las condiciones especiales, la persona indicada puede realizar la acción nombrada por ellos, siempre que los conjugue en presente de indicativo y en primera persona: yo te bautizo con el nombre de..., prometo que..., te juro..., se realiza un acto, tiene lugar una “performance”.

Searle en su tesis doctoral (1959) publicado en (1969) define con precisión su concepto de actos ilocutorios, que tienen que ver con la intencionalidad del anunciador, a diferencia de los actos perlocucionarios, relacionado con sus efectos.

Dentro del marco contextual de las propuestas de Van Dijk (1991, p.164) se va a considerar un modelo del yo y el del otro interlocutor. Igualmente una representación de los actos de habla que están ocurriendo, o de otras actividades sociales, y de sus metas.

Por otra parte, en el contexto, es indispensable tomar en cuenta el valor (o fuerza) y perlocucionario(a) de lo dicho; esto es, la intención del sujeto, que es introducida en el enunciado a través de ciertos indicadores, especialmente por los verbos preformativos (en cuya emisión se cumple la acción nombrada por ellos: afirmo que, te aseguro que, digo que.) y mediante los moralizadores (entonaciones; adverbios como quizá, de veras; verbos como poder, deber, etc.), así como por interpretación que realiza, y los efectos que producen en el interlocutor. (Ibidem p.49)

Respecto al diálogo con el paciente, Searle, John (1990, pp.26-27) la enfermera realiza distintos actos de habla cómo, dar órdenes, plantear preguntas, hacer promesas, donde se incluye toda comunicación y actos lingüísticos; por esta razón, la comunicación lingüística es la producción o emisión del símbolo, palabra u oración al realizar el acto del habla.

Entre los actos ilocutorios que se realizan en las entrevistas se encontraron los siguientes*:

* A partir de este punto, se identificará la letra "E" como enfermera, "P" como paciente y "F" como familiar.

1. El acto de amonestar.

La enfermera uso el diminutivo para atenuar el “regaño”:

E: Poquito/tá orinando poquito/ a que caray no esta tomando agüita/ hay que tomar bastante aguita para que le ayude ahí a/sus riñones a eliminar todos los residuos ahí/ de su quimioterapia sus medicamentos.

2. El acto de aconsejar

La enfermera le aconseja el producto natural, para que no tenga molestias y sea en forma más fisiológica el que pueda evacuar, y esté al día:

E: Aja ya ve que mucha gente usa que la soya/les ayuda también.

3. El acto de informar

El paciente sólo informa sobre su malestar:

P: No/no, no, si/haz de cuenta que no podía hacer.

E: Aja

P: Y batallé mucho pa hacer y ahorita ya estoy

E: Mjm

P: Pero no hago igual

E: Si si

P: No así muy poquitito

E: Pero ya está haciendo bien.

4. El acto de explicar

La enfermera aclara las razones por los cuales se presenta el síntoma (estreñimiento)

E: Es que a veces la quimioterapia también este/pues provoca/el problemita ahí de estreñimiento

P: Ey

E: Pero poco a poco se va/se va estabilizando se va normalizando todo eso pues por lo pronto pues hay que ayudarlo con estas cositas veda.

5. El acto de animación al paciente

La enfermera adula al paciente no podría estar mejor, su ilocutividad va más allá de informar para levantar el ánimo

E: Aja ya retiramos el termómetro/ déjeme ver su temperatura/treitasiete no tiene nada, mejor no podía andar.

P: Si no hay/ya mañana si se quiere ir / (risa)

E: Ahorita ya deben estar sus laboratorios horita nos echamos una vuelta.

3.3.2 Actos de enunciación

En la teoría de la enunciación Benveniste (1979:78) define el discurso como la puesta en funcionamiento de la lengua que tiene lugar cuando un yo (individual o colectivo) se dirige a un tú (presente o ausente) en una situación concreta. Los hablantes son considerados como participantes en un intercambio comunicativo donde inciden principalmente los elementos del contexto situacional. El acto de enunciación varía según quién, cuándo, dónde y con qué intención comunicativa particular. Al estudiar la

enunciación se toman en cuenta, para el análisis, todos los elementos de la situación donde se realiza el intercambio comunicativo.

La teoría de la enunciación y las propuestas de la pragmalingüística incluidas en el análisis tienen en común el enfoque en situaciones particulares concretas y la consideración de los sujetos del discurso, en especial al emisor y el grado en que éste se hace presente en los enunciados.

Al profundizar en concepto de “enunciación, Kerbrat-Orecchioni (1980:16-17) citado por Rodríguez Alfano Lidia (2004, pp.52-54) amplía el esquema de Jakobson. En lugar de la concepción unívoca de la competencia lingüística y las supuestas homogeneidad y exterioridad del código, ella propone un modelo doble, el de la producción/interpretación.

M. Lotman Iuri (1998, pp.140-149) entiende el código como una parte de la competencia del sujeto de la enunciación, constituida por la suma total de sus posibilidades lingüísticas, de todo aquello que es capaz de producir y de interpretar. Esto es que el emisor no puede concebirse solamente como el individuo que está codificando el mensaje mediante una selección de las posibilidades del código sino como emisor/receptor: a tiempo que codifica mensajes verbales, interpreta los mensajes no verbales que recibe de su interlocutor; y al hacerlo, ejecuta su competencia de producción y su competencia de interpretación, además de otras competencias comunicativas, como son la consideración de datos situacionales y de ideológico-cultural (competencia ideológica-cultural).

Tomando en cuenta las situaciones de enunciación en la práctica de enfermería, desde una perspectiva amplia se observa que la comunicación significa intercambio de

información: el mensaje enviado por la enfermera es recibido e interpretado por la persona idónea, sea el paciente o un familiar o bien un miembro del equipo multidisciplinar (médico, enfermera, trabajadora social, nutriólogo, psicólogo, etc.).

En ese contexto, para que se realice el propósito de enunciación y la comunicación sea eficaz las palabras que utilicen los miembros de ese equipo deberán tener sólo un significado, tanto para el que lo envía como para el que lo recibe. En el cuidado de la salud, estas diferencias semánticas pueden tener consecuencias importantes; por tanto, es indispensable evitar las palabras con más de un significado.

Sorrentino, Sheila (1994, pp.26-33) plantea que en su lugar se han de usar palabras que resulten familiares a las personas con quien se establece la comunicación y cuando se emplee un término que no resulte familiar, debe aclararse su sentido. Cuando no se entiende el mensaje enviado, la comunicación fracasa. De esta manera, al dirigirse a los pacientes la enfermera, debe emplear términos que el paciente pueda comprender. En la comunicación enfermera-paciente el mensaje conviene que sea breve y conciso y no agregar información inconexa o superflua. Hay que centrarse en el tema, no divagar y evitar palabrería excesiva. La información se ha de presentar de manera lógica y ordenada, para lo que conviene organizar previamente los pensamientos.

Se revisará mentalmente y paso por paso lo sucedido en la atención de los cuidados y la evolución del paciente, por la enfermera responsable para poder entregar la información en el enlace de turno a la enfermera entrante, cuando se dé la información conviene presentar hechos concretos, para que a la enfermera que se le entreguen los pacientes tenga datos claros de lo que se está comunicando, de este modo no se requerirán aclaraciones ni información complementaria.

Otra forma de comunicación es el expediente clínico, es un relato escrito de la enfermedad del paciente y de sus respuestas del tratamiento y cuidados. Su objetivo principal es proporcionar al equipo de salud un medio de comunicación sobre el paciente, constituye un documento legal y puede usarse ante un tribunal como prueba de los problemas, tratamientos y cuidados del paciente.

El expediente está organizado en secciones para facilitar su uso. Incluye historial del paciente, los resultados de la exploración física, la prescripción del médico y las notas de éste sobre la evolución del paciente, también incluye hojas de gráficas, informes de estudios radiológicos, registro de tratamiento intravenoso, registro de terapia respiratoria, informes de consultas, cirugía, anestesia y forma de admisión; cada página debe incluir el nombre del paciente, el número de cuarto, y la información que se precise para su identificación. Esto ayuda a prevenir errores y evitar que el expediente se traspapele, también estén regulados aspectos tales como abreviaturas aceptables, la corrección de errores, el color de tinta que debe usarse y cómo firmar los expedientes, así como quien tiene el acceso al expediente clínico del paciente según el reglamento de la institución que lo regula, lo común todos los profesionales de la salud que intervienen en el cuidado del paciente. (Ibidem pp.42-45)

Dentro del expediente clínico se suma las notas de enfermería que son descripciones de los cuidados administrados, de la respuesta del paciente y de los signos y síntomas que la enfermera observó sobre el estado del mismo, se registra la información referida a las medicaciones y tratamientos especiales , se registran consejos dados al paciente, procedimientos efectuados por el médico y las visitas de los miembros del equipo de

salud, las notas de enfermería se pueden utilizar para entender mejor la atención prestada y la respuesta del paciente.

En los registros que se encuentran en el expediente clínico el médico apoya su consulta, conociendo de antemano el nombre del paciente, el médico se presenta a sí mismo y pregunta qué puede hacer por el paciente. En seguida el médico anota las observaciones en conjunto con el reconocimiento físico del área afectada a diagnosticar y tratar por alguna probable enfermedad, la enfermera asiste al médico en el reconocimiento físico del paciente dando explicación del procedimiento que se le efectuará, así como observar algún signo o síntoma en el paciente en el transcurso de la exploración. Procura que la interacción se efectúe en un ambiente privado, por lo cual la enfermera permanece en el consultorio o cuarto de exploración toda la sesión de examen física; esta medida se toma para protección del médico, y para comodidad psicológica del paciente. La visita médica al paciente hospitalizado se efectúa en el cuarto que le es proporcionado, el médico le comunica al paciente y familiar el motivo de hospitalizar al paciente en base al diagnóstico efectuado en las consultas anteriores, y los exámenes pertinentes para su tratamiento, y evolución, teniendo como colaborador la enfermera para llevar a cabo las indicaciones médicas, y comunicar al paciente y su familia la información que necesite para disminuir la ansiedad y temor al ingreso a su cuarto. La enfermera se presenta al paciente y a la familia, le da la bienvenida al paciente llamándolo por su nombre, les explica las horas y el régimen de visita, le explica el sistema de llamado, se presenta la jefa de enfermería.

Siguiendo el curso clínico del paciente, la enfermera en el transcurso de su turno informa, y registra sobre los cuidados y observaciones realizadas. El informe debe ser

rápido, detallado y preciso, indicando el nombre del paciente, el cuarto y el número de cama, y la hora en que se realizas las observaciones o en que se administró el cuidado: sólo se informará de aquellas cosas observadas por ella misma, se deben recurrir a las notas escritas para elaborar un informe específico, conciso y descriptivo, que permita sea compartida con el personal de enfermería del turno siguiente, y hacer un seguimiento de los cuidados, y atención que requiera para su rápida recuperación. Todas estas exigencias corresponden al tipo de relación que nos ocupa en la presente investigación.

3.3.3. La Retórica Neoaristotélica

Cita Rodríguez Alfano Lidia (1999, p.40) En la antigüedad la retórica era el arte de hablar en público en forma persuasiva. Según Perelman y Olbrecht-Tyteca (1969) en su propuesta de la retórica neoaristotélica donde se desprende la búsqueda de la verdad y de adhesión. Colocan a la retórica y a la lógica en el mismo nivel de importancia, y en su propuesta incluyen lo referente a los acuerdos iniciales de la argumentación. Sostienen que, al argumentar sobre lo real es necesario fundamentar lo dicho con hechos y verdades, presunciones y valores, así como introduciendo jerarquías y *topoi*. La retórica que plantean se enfoca en los argumentos cuasilógicos , y trata de varios tipos de argumentos, entre ellos los nexos causales, el argumento de la dirección, la argumentación por el ejemplo y el modelo vs. antimodelo.

Perelmen Ch. y Olbrechts-Titeca L. (1989, pp.435-473) Nos ocuparemos del argumento de autoridad, el cual utiliza actos o juicios de una persona o de un grupo de

personas como medio de prueba a favor de una tesis. Se considera de suma importancia, ya que es una argumentación particular que permite cuestionar el valor de lo dicho, que no se puede, sin más, desecharse como irrelevante.

Ejemplo grabación No 2.

F: Mire el doctor no le dijo del cigarro/el doctor le dijo porque él le dijo que si podía tomarse una cerveza entons le dijo que si.

E: Si pero/ eso no/eso se debe de evitar de preferencia.

P: Tu le preguntaste y te dijo si puede tomar su medicamento pero después una cerveza para que vea como se siente.

E: Una coronita en ayunas como le caería y unos chiles rellenos

F: Mucho le puedo dar pero no aguanta más

El siguiente es el argumento de dirección y despilfarro consiste en la advertencia contra el uso del procedimiento de las etapas: si cede esta vez, usted deberá ceder un poco más la próxima vez, y sabe Dios dónde irá usted a parar. Este argumento interviene en forma regular en las negociaciones entre estados, cuando no se quiere que parezca que cede ante la fuerza, la amenaza o el chantaje.

E: Si alguna duda/ soy enfermera/todavía me falta mucho para doctor

F: Es que dice que el doctor no se lo quito no se lo prohibió (el cigarro)

E: Es que la idea que nosotros decimos porque como el cigarro como quiera/afecta lo que es su nivel de oxigeno en los pulmones.

En la disciplina de enfermería es de suma importancia la comunicación verbal para con los pacientes, como también con el equipo multidisciplinar. En caso de los pacientes en particular, la conversación que se mantiene es con varios fines: saber cómo se siente el paciente física, y emocionalmente, y así poder compartir información con él/ella. En la mayor parte de la comunicación verbal interviene la palabra hablada, pero hay que controlar la intensidad y el tono de voz, hablar con claridad y, especialmente, evitar el empleo de modismos o expresiones vulgares. Si se grita, se susurra, o murmura, la comunicación no será eficaz.

Al examinar el esquema elemental de la comunicación M. Lotman Iuri (1998, pp.36-71) toma como base las diferencias de los hombres, considerando el plano psicológico-cultural, y la existencia del hombre como objeto semiótico-cultural, aunado a la capacidad que posee la persona humana de tener realizaciones diversas, en base de las numerosas acciones comunicativas y culturales del hombre.

E: Comper/Mary buenos días le voy a dejar el magnesio de aluminio antes de los alimentos, estoy anotando la dieta / ¿cómo amaneció?

P: Pos ahí más o menos

E: ¿Por qué /no durmió?

P: No dormí

E: Aja

P: Estaba toda con temperatura.

La comunicación no verbal no utiliza palabras, los mensajes no verbales a menudo se consideran una manifestación más exacta de los sentimientos de la persona que los

verbales, suelen ser involuntarios y difíciles de controlar, como es la gesticulación, las expresiones faciales, la postura, los movimientos corporales, el tacto y el olfato.

E: ¿Cómo amaneció? Bien muy bien

E: No lo han venido a ver señor

P: Nadie (risa).

E: Necesita poner los pies hacia arriba si no se le van hinchar

P: Como que este me lo anduve componiendo/pero se me puede caer encima (bolsa de agua)

En este caso, el paciente estaba pasando por una etapa de dolor intenso, con opresión en el pecho causado por punción de una subclavia, presenta diaforesis, hiperventilación, y hace gestos de dolor, y por tanto toma una posición corporal que le permita ventilar.

La enfermera entonces le ayuda mediante una acción no verbal: aplica presión con una bolsa de agua en el área afectada, y se le sugiere ejercicios respiratorios para mejorar su respiración, dejando al paciente en una posición cómoda, para que su respiración sea más rítmica.

3.3.4. Procedimiento de exclusión discursiva en el ritual institucionalizado.

La relación enfermera-paciente según Rodríguez Alfano Lidia (2004, p.89) constituye en un ritual cuyos procedimientos dependen de una institución, y regulan el uso del lenguaje, y el tipo de intercambio comunicativo que tiene lugar en esa situación

particular. Esto es cómo ha de ser el saludo, la conversación sobre un tema impersonal, el planteamiento del asunto, el agradecimiento y la despedida.

Todos esos elementos constituyen la fórmula social para llevar a cabo el intercambio comunicativo, pues como Foucault y Bourdieu 1982 afirman, todo discurso está institucionalizado.

La enfermera, como parte del equipo multidisciplinario, tiene acceso íntimo en la relación médico-paciente, Fisher Sue (1991, p.159) plantea que la comunicación institucionalizada implica que el médico tome en consideración el modelo que presenta a la enfermedad como una patología orgánica de los pacientes, donde lo importante es el tema médico y se excluye el contexto social, emocional o biográfico del paciente. En ese tipo de restricción para llegar a solucionar el problema médico, se identifica la patología, y se da el tratamiento óptimo para que el sistema orgánico llegue a su estado de balance idóneo. El motivo de este tipo de relación (médico-paciente) es la formación médica, donde se toma como punto de partida el dualismo cartesiano (cuerpo-máquina), y donde se ha fijado el desarrollo humano en dos direcciones excluyentes entre sí, que todavía persisten con fuerza en la actualidad, por un lado,

el desarrollo científico materialista, mecanicista; y por el otro, el desarrollo metafísico espiritualista. Este sistema dualista aparta los fenómenos humanos que por su complejidad escapaban a la investigación científica de su época, facilitando y posibilitando un prodigioso desarrollo de las ciencias de la naturaleza.

Gómez Marcos (1999, p.5) considera el procedimiento fundamental del método y el pensamiento mecanicista consiste en una de las célebres reglas cartesianas de componer lo complejo en sus elementos o partes constitutivas.

En la actualidad esta tendencia es patente en la medicina moderna, en la forma de dividir el cuerpo humano en segmentos para ser estudiado por un especialista cada vez más especializado, entendiendo la función de un trocito del cuerpo del ser humano. Es decir, sin considerar que, al juntar esos trocitos, lo que resulta no es ya el cuerpo sino la persona.

Rubio Severino, Jiménez Araceli (1996, p.44-45) refieren, el médico, basándose en el modelo biomédico, pretende ser la única persona que sabe qué es lo importante para la salud de sus pacientes, y que sólo él puede hacer algo al respecto, pues todos los conocimientos sobre la salud son racionalistas, científicos y están basados en una observación objetiva de los datos clínicos. No reconoce para su diagnóstico el estado emocional del paciente, la historia familiar en el momento de su enfermedad, y la situación social del paciente. La autoridad del médico y la responsabilidad por la salud del paciente le hacen asumir un papel paternal, tomando una posición superior al paciente, por lo que el médico es el que determina, en todo el proceso de diagnóstico y terapéutico, la enfermedad del paciente.

En cuanto a la enfermera, participa en los cuidados y asistencia del paciente también con conocimiento científico, pero centrando su atención en desarrollar un enfoque de integridad (holismo) del paciente en el proceso de su enfermedad, y en la recuperación de su salud,

Reyes Alfonso (1996, pp.155-157) cita, ya que cada persona debe ser tratada como ser único, y no puede ser separada de la compleja vida social, cultural, psicológica y espiritual, que viene siendo su entorno interno y externo.

La enfermera en su formación tiene muy claro su labor, y encontrar con facilidad sus campos de acción cómo son:

1. Proveer y aconsejar en todos los aspectos del cuidado de enfermería
2. Conseguir la mayor comodidad del paciente, la revisión del tratamiento en conjunto con el médico.
3. Cooperar y educar a la familia sobre cómo proporcionar un ambiente más confortable y relajante.
4. Educar al cuidador en la técnica que necesite para su paciente.
5. Informar el régimen de alimentos para el paciente, el tipo de medicamento que se le aplica, la importancia de la higiene personal del paciente, los cambios posturales.
6. Hacer hincapié sobre el apoyo familiar al paciente en los momentos de la enfermedad.

En la visita médica, la enfermera como miembro del equipo está presente en la fase de información, para que el paciente tenga el apoyo, y pueda externar sus dudas con respecto a su diagnóstico y tratamiento de su padecimiento. Manual Ethics (1994, p.5) considera que por medio de sus acciones y cuidados de enfermería, ayuda a prevenir complicaciones al paciente en su estancia en el hospital (úlceras por decúbito, neumonía hipostática, etc.).

Asume su responsabilidad al estar pendiente de que se dé la continuidad a los cuidados de enfermería en el paciente, y que se lleve a cabo el tratamiento prescrito por el médico. La enfermera verifica el apoyo y coordinación de los departamentos con los que se cuenta para la pronta restauración del individuo. Otra faceta de la enfermera, que

forma parte del ritual que estamos analizando es la de ser la defensora de los pacientes, previendo, y satisfaciendo necesidades que ellos no pueden satisfacer por sí solos.

Siguiendo con las responsabilidades de la enfermera profesional en su equipo de trabajo, con el paciente y su familia, tenemos cuatro fundamentales: promover la salud, prevenir las enfermedades, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento.

Ha de identificar las necesidades de los cuidados de enfermería del paciente que son universales, y se refieren al respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano; esto es una de las condiciones esenciales de la enfermera, y con respecto a los pacientes en etapa terminal identifica Reyes Alfonso (1996, pp.87-99) las fases en el proceso de muerte de la Doctora Kubler-Ross.

La primera fase es la negación del paciente y su familia al diagnóstico de su enfermedad, que lo lleva a sentir angustia (miedo al futuro), miedo, dolor que podría llegar a la resignación por su religiosidad la esperanza que lo hace decir. “Estoy en manos de Dios”. Que sea lo que Dios quiera. Es la voluntad de Dios” este ritual estará presente en el paciente en etapa terminal.

La segunda fase de ira (Frustración) es irracional e incontrolable, se dirigirá contra Dios, lo que puede provocar inquietud, temor. ¿Por qué yo y no mi vecino que toma tanto? El paciente resiente el hecho de que haya otros que permanecen vivos y sanos mientras que él va a morir, en su enojo contra Dios no es malo, el enojarse con El, es creer en El.

La tercera fase de culpabilidad, enfrentar a su paciente a que viva el momento aquel en que actuó como actuó, él decidió obrar así porque era lo mejor en el momento, y que hay ocasiones que las decisiones son incorrectas, equivocadas, en estos casos debemos enseñar la virtud del perdón que ayuda a que persistan las relaciones interpersonales,

para cuando el individuo reconoce la proximidad de su muerte, inicia el trueque por algo que en ese momento considera valioso, siendo está una secreta petición a Dios, por unos días o unos meses más de vida, sin validez ni responsabilidad moral.

La cuarta fase depresión, el paciente puede resentir en esos momentos los errores que cometió o las cosas que no hizo, ya no solicita la atención del médico, ya no lucha, se prepara para partir despidiéndose de sus seres queridos cerrando el círculo.

La quinta fase aceptación, Kubler-Ross la describe más como resignación, vaciedad de sentimientos, no felicidad, el paciente en espera de una curación mágica lo que hace muy doloroso el transe, él sólo espera, en un estado aparente de indiferencia, “está bien se acabó el tiempo”.

Para Rodríguez M.J. (1992, p.5) La enfermera conciente del proceso y los cambios emocionales por lo que está pasando el paciente en etapa terminal, puede desarrollar una actitud positiva al escuchar y dialogar lo que es la enfermedad, que espera del tratamiento instituido, y lo que significa la muerte para él, la trascendencia que tiene su desaparición para sus seres queridos.

Aunado a las actividades ya descritas, dentro del ritual de la relación enfermera-paciente, se ha reconocido la necesidad de la investigación, para poder mejorar aspectos como la intervención y la asistencia de enfermería. La enfermera realiza una investigación para identificar problemas e interrogantes que se suscitan en área problemática, y al término de ésta da a conocer los resultados y propuestas, a la comunidad de enfermería, para facilitar el cuidado del paciente a su cargo.

En el ritual que sometemos al análisis, por otra parte, la persona más importante es el ser humano que necesita de los servicios asistenciales de enfermería en un hospital, en

la consulta, y a quien se define cómo “paciente”. Este término, derivado del verbo latino que significa “padecer”, se usa para personas que reciben asistencia de enfermería. Es común que este vocablo tenga connotación de dependencia. Otra palabra utilizada es “cliente”, del latín que significa “apoyarse” y tiene la connotación de alianza e interdependencia.

Actualmente el uso del término “cliente” en lugar del término paciente para identificar al usuario de los cuidados de salud sugiere una persona autónoma, que tiene libertad de elección para solicitar o seleccionar la asistencia. El cliente no es ya un receptor pasivo de servicios, sino un participante activo que asume la responsabilidad de sus elecciones así como la consecuencia de las mismas.

Una función de enfermería dentro del ritual ya instituido para la relación con el paciente se encuentra en el ayudar al paciente a jerarquizar sus problemas, cuando al paciente se ha hospitalizado y se encuentra preocupado por situaciones personales, las reduzca en su mínima expresión, los ponga en perspectiva apropiada, y les haga frente de manera eficaz.

En cambio la asistencia que se le ofrece al paciente al ingresar al hospital es en coordinación del equipo multidisciplinar. Para el rápido restablecimiento del paciente, se ha instituido que un miembro clave del personal asistencial que ha de asumir la responsabilidad, es la enfermera, quien tiene como apoyo sus conocimientos científicos, y el uso del modelo bifocal de práctica clínica. En este modelo se identifican dos situaciones clínicas donde intervienen las enfermeras: como asistente primario y en colaboración con otras disciplinas.

La enfermera, Carpenito, L.J. (1995, PP.35-37) con base en el modelo bifocal, hace uso de diagnósticos de enfermería que orientan las respuestas de los clientes, familiares, o grupos, hacia situaciones que la enfermería pueda prescribir. En sus intervenciones aunadas a la observación, la experiencia y las técnicas para cuidados específicos del paciente, aborda los problemas interdisciplinarios prescritos en la colaboración del médico y la enfermera para minimizar las complicaciones fisiológicas.

Los cuidados profesionales de enfermería orientan y guían la atención desde un paradigma humanístico y holístico. Exigen un compromiso con el cliente, una atención integral, considerando dentro del contexto a la familia, lo social, su medio ambiente, para seguir luchando o para morir acompañado de los suyos.

En consecuencia a diferencia de la participación y el lenguaje en el médico, quien interviene en el ritual de “consulta” en un estilo mecanicista, la enfermera se apega a un estilo holístico.

Enseguida expondremos propuesta de Foucault (1982:40) citada por Rodríguez Alfano Lidia (2004, p.87) sobre los procedimientos institucionalizado que se constituyen en formas de exclusión discursiva. Éstas comprenden: procedimientos de exclusión externos a las prácticas discursivas como la palabra prohibida ó tabúes (lo prohibido en las circunstancias de un ritual dado). Entre los temas prohibidos pueden mencionarse la sexualidad, la política, la enfermedad y la muerte. Analizamos enseguida estos dos últimos.

A lo largo de la historia hubo siempre una enfermedad que las personas le daban una connotación, mágica, demoníaca, o sagrada, actualmente es el cáncer, enfermedad tabú, por entenderse que equivale a mutilación y muerte: aunque existen otros padecimientos

igualmente mortales, el cáncer está considerado ahora como la enfermedad incurable por excelencia.

La reputación que le precede al cáncer puede ser por dos motivos: porque no llama antes de entrar, no avisa, no llama emisores (fiebre, dolores, etc.), y cuando es descubierta es demasiado tarde. Por otra parte, se le tiene miedo porque no se sabe nada de ella, sólo lo esencial.

Gómez Marcos (1999, p.8) refiere. La sociedad actual ve a la muerte como un fracaso total, construido sobre el binomio de la producción, y del consumo. La muerte anuncia el fin del consumo y, más aún, implica transformar la propia muerte en mercancía de consumo, en correspondencia con el estatus social. Este rechazo del aspecto social de la muerte se ha dado en llamar “desocialización”, expresión que alude a la falta de solidaridad y al abandono con respecto a los pacientes terminales, los difuntos y también a los sobrevivientes. El corolario de esta actitud es la sustitución de funciones, cómo acompañar al agonizante, amortajar el cadáver, velarlo, recibir las visitas de pésame son cosas que hoy día los familiares ya no quieren hacer, aunque tengan que pagar para que otros lo hagan en su lugar.

La muerte hace al ser humano verse cosificado, reducido a una suma orgánica de síntomas, “difunto” en el sentido etimológico del término. El paciente terminal ya no se concibe como a un ser racional, tan solo se observa como sujeto clínico, aislado cuando eso es posible: ya no tiene estatus y, por lo tanto, tampoco dignidad, para esconderlo es llevado a un hospital.

El hospital es un lugar dotado de una altísima tecnología, capaz de dar repuesta a un gran número de personas enfermas; es una conquista de la sociedad, pero se tiene que

pagar un precio: el de su complejidad y el de la prevaencia del factor técnico-científico respecto al humano.

El hospital de hoy es un sitio para diagnosticar y curar, y en él trabajan profesionales preparados y entrenados con ese fin. Su objetivo debería ser, como en todo acto médico y de enfermería, el de ocuparse de una persona que sufre, sea la causa de su mal de cualquier naturaleza, aun en ausencia de una alteración orgánica demostrable; pero hoy no es así, y por tal motivo es un mal sitio para llevar a un paciente en etapa terminal.

La alianza con el hombre que sufre, Alspach J. (1993, PP.768-774) está motivada por problemas orgánicos, psicológicos y sociales; requiere la reconciliación entre lo orgánico y lo psíquico.

El paciente en etapa terminal requiere del personal sanitario, el médico, y la enfermera, quienes en ese momento lo asisten y lo proveen de los cuidados necesarios para estabilizar su padecimiento.

La enfermera, en su atención al paciente terminal, le puede producir crisis en el aspecto emocional; esto es por no poder hablar al paciente con propiedad acerca del pronóstico infausto a corto plazo; esta deficiencia es un motivo suficiente para pedir a la enfermera reflexione sobre su propia idea de muerte, sobre sus sentimientos personales acerca de la pérdida y el dolor, al temor de lo desconocido, y a la propia comprensión ante los sentimientos de culpa que esta pueda traer consigo, a fin de permitirse establecer la empatía.

El enfrentar esta situación es difícil, la formación universitaria en la disciplina en enfermería no prepara en absoluto sobre lo que se tiene que hacer con un paciente

incurable. Este desconocimiento viene de vivir en una sociedad negadora de la muerte, en la cual las pérdidas y la muerte misma, al aparecer, no son parte de la vida ni del diario vivir; y al no estar preparada, surgen las barreras de actitud, de comunicación entre la enfermera y el paciente en etapa terminal. La consecuencia natural es el aislamiento del paciente, que también puede ser causado por la información de su diagnóstico y de la inminencia de su muerte, o bien cuando éste sospecha o percibe, o piensa en aquello a lo cual teme, y de lo que tanto quiere saber.

Igualmente se respeta el derecho del paciente que no quiere saber su diagnóstico; pero en este caso el rechazo del tema es porque el paciente desea ignorarlo y no por que se le oculte ante el temor de abordar ese tema tabú.

Al respecto es esencial que las enfermeras estén preparadas para conocer sus propios temores sobre la muerte y que lo acepten, que experimenten los altibajos del ciclo del sufrimiento, y se puedan reconocer sus capacidades, de compartir sus preocupaciones y sentimientos con el resto del equipo.

Por último, el tabú de la muerte no afecta sólo al paciente, la familia, y equipo médico y de enfermería que lo atiende.

Según P. Ridruejo (1975, p.669-675) las vivencias angustiosas producidas por el conocimiento de tener un cáncer son:

1. “ Angustia de ser abandonado
2. Separación y aislamiento social
3. Angustia persecutoria interna o externa y culpa

4. **Angustia de ser manejado pasivamente por su parte y ser violento por fuerzas incontroladas**
5. **Envidia de quien está sano**
6. **Angustia por las agresiones quirúrgicas**
7. **Angustia por las consecuencias de las operaciones y terapias**
8. **Pérdidas de autonomía y calidad de vida**
9. **miedo al dolor y a no curarse**
10. **Miedo a la muerte**
11. **Miedo a no poder catecticar el propio cuerpo**
12. **Y más que nada, miedo o angustia ante la destrucción psíquica**
13. **Angustia, en último término, ante una deshumanización de la propia persona”.**

Capítulo 4 Actitudes de la enfermera en su relación con el paciente en etapa terminal

La enfermera como parte del equipo multidisciplinar, con una estructura propia para el manejo del cuidado y atención en el diagnóstico, tratamiento y procedimientos, cuenta con el holismo pilar de la disciplina de enfermería; además, ha de considerar que la parte fundamental de su desempeño es la comunicación. De ésta depende la intención, la intensidad, el significado, los signos verbales y no verbales y también los escritos, que permiten una reciprocidad de información importante para el manejo del paciente que se encuentra bajo su responsabilidad. Su habilidad comunicativa se ve reflejada una vez que logra restablecer al individuo e integrarlo a la sociedad o aplicar los cuidados paliativos adecuados al paciente para una muerte digna.

El derecho al que se a hecho acreedor el ser humano a morir con dignidad es aspirar a no verlos colocados en circunstancias que inspiren lástima y compasión ante los ojos de los demás, sino que a pesar de su gravedad y decoro, se mantenga o acentué la propia estima y la de las personas que lo rodean, que si en verdad se estiman así mismas procurar no llegar a compadecer al paciente en su estado de baja estima, dolor, que es lo que menos quieren padecer.

Por lo que es necesario conocer con profundidad el tipo de lenguaje simbólico que el paciente en etapa terminal pretenda comunicar lo que necesita compartir, sus asuntos pendientes donde él recurre al lenguaje simbólico no verbal, y el simbólico verbal, son lenguajes universales que son utilizados por todos. Sería bueno reconocer que el único en saber que está muriendo es el paciente, preguntarse la enfermera si ¿Puede escucharlo?, cuando el paciente le diga “Vino a visitarme mí mamá” ya fallecida, al

escuchar está frase la enfermera por su propia necesidad conteste “Ay, no hable así, se va a poner bien” eso interrumpiría la comunicación entre el paciente y la enfermera, porque el paciente entenderá que no está preparada para escuchar, y se sentirá solo, el paciente uso el lenguaje simbólico verbal, que significa que está poniendo a prueba a la enfermera para ver si está preparada para lo que necesita. El lenguaje no verbal lo manifiesta el paciente con gestos de su cara, mirada, movimientos de cabeza, posición de su cuerpo libre, es muy parecido al anterior pero sin palabras, en esta parte el asintir la enfermera con un movimiento de la cabeza sin haber comprendido lo que le está tratando de decir la descarta, y no le comparte las experiencias, sentimientos de temor, dolor.

4.1 Interrelación enfermera-paciente en etapa terminal

Las acciones de comunicación de enfermería pueden manifestarse en la actitud que refleja en su relación con el paciente en etapa terminal donde se experimentan sentimientos de ansiedad, preocupación y rechazo por ambos individuos. En la enfermera como individuo se producen diversas actitudes ante la muerte: como su experiencia de la muerte, formación personal, metas o logros a conseguir, convicciones religiosas, culturales, tradiciones, ganas de vivir, que podría provocar un enfrentamiento de sentimientos propios con los del paciente que se encuentra en el proceso de transfiguración causado por sus emociones entremezcladas, al conocer el proceso de su enfermedad. La enfermera profesional con conocimiento de las fases de duelo en las que se encuentra el paciente y sus familiares, identifica en primer lugar la angustia como fenómeno profundo, difíciles de describir y comprender por el arraigo a la vida

relacionada con la seguridad y supervivencia, en la que se ve involucrada a la cultura occidental donde se mantiene la negación de la muerte y la falta de información de está, donde no existen directrices claras en la educación sobre la muerte, ni la disposición para hablar sobre ella, ya que el aprendizaje social que se recibe de pequeños es con información oscura cargada de angustia de los adultos donde se cuentan historias de la inmortalidad. (Norbert, Elías 1987 p.10) La supervivencia tiene formación en la sociedad conduciendo a la constitución de grupos y a la adaptación del individuo a la vida en común como fenómeno permanente. La comunicación aprendida del individuo en un grupo social ha tenido una influencia profunda en la forma y desarrollo de experimentar la muerte y el duelo por el que está pasando.

Para Reyes Alonso (1992 p.71) El duelo es un sentimiento que hace sufrir, que provoca una reacción natural, personal, y única ante la pérdida de un ser querido, cuando sucede, provoca reacciones complejas, tanto físicas, psicológicas, socioeconómica y cultural.

En la elaboración del duelo la enfermera puede apoyarlo detectando en que fase se encuentra, al tenerla identificada pedir a la familia su colaboración para utilizar sus propios procesos psicológicos internos, sus recursos personales, la interrelación con otras personas estimadas que quieran contribuir en el proceso siguiendo las normas establecidas por su contexto socio-cultural.

La enfermera al dar la atención al paciente en etapa terminal se fijara objetivos claros que sean de beneficio al paciente y su familia que se encuentre en estado de duelo, como escuchar la historia de su vida, reconocer y aceptar las distintas emociones

que presenta el paciente, al expresar sus sentimientos respetar que lo van a hacer a su modo y ritmo.

Ejemplo grabación No. 1.

La paciente presenta periodos de angustia, representado por el tratamiento prescrito para su padecimiento, donde se requiere 50 bolsas de plaquetas, y tiene que buscar los donadores a través de sus familiares y amigos, ella sufre y tiene miedo de los signos y síntomas que conoce la agraven, estos son sangrado por plaquetas bajas, infección viral o por bacterias, causado por inmunosupresión de su padecimiento.

E: Este y sí comió bien

P: Si

E: Y durmió bien

P: Si si dormí bien

E: Se siente así sin ganas

P: Si este

E: Mjm/ ¿Mañana la plaqueta y donador si tiene?

P: Ya fue ya encontré

E: Ándele que bueno

P: Y ya lo tengo

E: Aja ¿tiene reposo verdá?/si/la bañó Martha

P: Si

F: Si se podría sentar

E: No mejor hasta que le pase las plaquetas/mejor, ya este a ver si nos dan permiso

La enfermera juega un papel decisivo en la atención del paciente en etapa terminal es el de saber escuchar lo que tiene que decir y le hace daño en el momento que lo requiere, y se hace por medio de la comunicación, teniendo en cuenta lo receptiva que se encuentre el receptor y trate de minimizar y cambiar el tema inmediatamente, lo que significa que no soporta la mala nueva se angustia también, prefiere hablar de otra cosa.

E: Está bien/es que vengo a platicar con Lorena

P: Sí ¿veda?

E: No la veo estoy allá con un paciente

P: y tiene muchos pacientes

E: No es aquí

P: Pero cuando tá todo lleno

E: Todo lleno pos será entre semana/las visitas y rayos x/laboratorio

P: Tá lleno sábado y domingo

E: Mjm/iba a canalizar a los pacientes...sino al rato que te toque con el medicamento

P: Se acuerda allá estaba

E: ¿Quién?

P: Yo

E: Si nos acostumbramos a ustedes

E: Mjm/tiene que echarle muchas ganas y primeramente Dios

La paciente en etapa terminal ante su frustración entra en rabia y manifiesta su tristeza, cuando en la toma de signos vitales y en el interrogatorio que le hace la

enfermera le notifica que tiene fiebre y la paciente le comenta que no pudo dormir por la noche, se encuentra encamada en un cuarto de aislamiento profiláctico para su manejo, y atención, con indicación de reposo absoluto se observa que en la cama se encuentra en posición fetal, se cubre con sábana hasta los hombros, con ojos entre abiertos, y en su cabeza una pañoleta para que no se vea la ausencia de su pelo, que para ellos, esto, es la pérdida de imagen propia.

E: Tú eres la que andaba buscando/Dofia Mary le voy a poner medicamento

P: Si

E: ¿Y le acaba de empezar el dolor de la garganta?

P: Fíjate, noté que en la mañana que almorcé al comerme un pan bimbo me dolió

E: Le dolía

P: Me dolió

E: Aja, orita le digo a la doctora

P: Me dolió esto de aquí así

E: Aja al tragar la comida, se toma las pastillas después de la comida, luego se le aplica el medicamento.

En este caso en particular la paciente contaba con una nuera como acompañante en el proceso de su enfermedad en el hospital, no contaba con el apoyo de su marido, fue quizá el por que del resentimiento, la culpa y la soledad en la que estuvo en cuanto supo de su diagnóstico y el inicio de su tratamiento se le observó aprensiva, preocupada y esto podría haber sido una de las causantes de la rotura familiar que como seres humanos también se pasan por las fases de negación, aislamiento, rabia, regateo, culpabilidad,

depresión, y aceptación. La enfermera encargada de la paciente fue ganando la confianza de la paciente y familiares.

E: Mande

F: No tiene una hoja pa plaquetas

P: Esta muchacha

E: Pues para mañana es que no tienen donador de plaquetas

F: No o sea para otro donador, orita me va hablar

La enfermera puede apoyar a los pacientes a encontrar un significado e integridad, y a determinar sus propias prioridades físicas, psicológicas y sociales sin olvidar que ellos podrían sentir que han perdido el control de su vida y pueda ocasionar alguna reacción al paciente ante la muerte eminente, la forma sería estimular a que exterioricen sus sentimientos que se expresan en forma verbal y no verbal o física, un ejemplo es lo que se observó en la paciente al estar en su cama en posición fetal, el cubrirse con la sabanas hasta los hombros, el estar sola en un cuarto por aislamiento profiláctico, con restricción de visitas, por riesgo de acentuar la infección en faringe, sin ánimo de hablar sólo contestando con frases cortas, incapaz de seguir una conversación por sentir debilidad física, emocional.

Ejemplo grabación No 4

E: Este, déjeme traigo un catéter para irrigar, por que este no esta permeable, durmió bien

P: Más o menos con pesadillas, es que siempre me tapan las sabanas

E: Aja, si verdad

P: Mmm

Otro de los pacientes provenía de otro estado de la república, con una estructura sociocultural diferente a la urbana, siendo un elemento clave, el jefe de familia, en su permanencia en el hospital donde se le prestó la atención y cuidados del tratamiento específico al padecimiento que lo llevo hasta ahí, su continua acompañante las veinticuatro horas, fue su esposa, sus hijos lo visitaban cuando tenían oportunidad, la posición que adoptaba era en posición de fowler, el paciente se veía intranquilo cuando su esposa salía a descansar o a asearse, ella lo asiste en todo lo que el no puede realizar en lo que respecta a su aseo, lo acompaña cuando se alimenta, pero en realidad lo que se observó es que con su esposa se siente protegido, querido y escuchado, sin escatimar esfuerzo y salud de parte de la esposa que en esos momentos se encontraba delicada, por ser portadora de una enfermedad crónica degenerativa, el paciente comentó que no le tenía miedo a morir porque el ya había vivido y hacia presente sus recuerdos y anécdotas de su trabajo, de su pueblo, de sus hijos, pero los gestos de su cara los movimientos de sus manos y la posición de su cuerpo decía otra cosa, quizá un juego de emociones entremezcladas que no las quería revelar por medio de comunicación ya fuera a su pareja o al enfermero, emociones que pueden formar palabras para describir lo que adentro del ser se esta sufriendo, soledad, tristeza, angustia, miedo etc.

E: (risa)Tá bueno vamos a seguirle por acá/don Juan se va a bañar

P: Sí

E: ¿Si? Tiene frío/lo veo así muy así/engarrñado

P: Me quedado dormido

E: Baje la cabeza y le mojó su cara (tararea) ¿Su señora fue a tomar algo?

P: Si/yo creo que fue a...

E: Ah a cambiarse

P: Si

Se observó otro paciente en posición libre, sus facciones de la cara con dolor, los músculos de su cuerpo tensos, con dificultad para respirar, opresión en su pecho, desesperado, con sentimiento de angustia sin poder controlar su dolor, confundido, por haber tenido una aparente mejoría unos días antes, y darse cuenta que estaba en un momento crucial de su vida, teniendo a su lado su compañera inseparable su esposa, que a través de sus manos en contacto con las de él y sus palabras de aliento le demostraba, su afecto y su apoyo para poder seguir enfrentado lo que pudiera resultar de su padecimiento, se agravó lo que ocasionó que lo asistieran a través de un tubo endotraqueal y lo conectaron a un ventilador mecánico como soporte para su respiración, el paciente al no poderse comunicar en forma verbal y escuchar de sus labios que él también los amaba, en la familia su angustia aumentó en cuanto el médico les dió el pronóstico, y se hicieron presentes sentimientos de culpa, negación, regateo. Desconociendo que su paciente estaba conciente, alerta, sin perder el sentido de escuchar, con el temor de no ser entendido, y con miedo a la muerte, y en ese momento sentir impotencia recurriendo al llanto.

E: ¿Cómo amaneció?

P: Bien muy bien

E: Si quiere aprovechar para bañarse de una vez /porque le van a venir a hacer la punción y salga muy guapo.

4.2 Estrategias persuasivas más usuales en el discurso de la enfermera

La capacidad comunicativa se evidencia en las estrategias persuasivas, que la enfermera con conocimiento de sus cuidados pueda y tenga que ejercer una acción en el paciente con el fin de que siga con su tratamiento, y llevar a cabo los procedimientos necesarios para el bienestar físico, y emocional donde el paciente exprese, describa su dolor de modo verbal mediante sollozos, silencio, gritos, enojos y la enfermera reconozca, amplíe la gama de matices emocionales que la consientan de los sentimientos que los acompañan en esos momentos como el amor, la envidia, la culpa, la angustia ante la muerte y darse el permiso de sentirlos, expresarlos en el tono de voz, en el brillo de los ojos, en el temblor de sus manos al tener contacto físico con el individuo dando una palmada en el hombro, escuchar sus quejas, molestias que le causan al estar hospitalizado y alejado de su familia , que al surgir los sentimientos, emociones en la enfermera sin llegar a afectarla íntimamente, ocurra que el paciente se adapte con facilidad a su proceso patológico.

La enfermera podría experimentar la empatía, al aceptar estar compartiendo una relación emotiva con los otros, como el paciente, la familia, el equipo de salud, donde se refleje lo importante que es la conciencia humana en el individuo, para poder allanar su camino en el proceso de enfermedad apoyarlo y enderezarle por medio de la sutileza como es la persuasión natural que tiene la enfermera; un claro ejemplo, es el paciente de

la grabación No 2 donde se observa que la enfermera le hace la observación de el por qué al fumar, su enfermedad se reactiva e identifica la fisiopatología de una manera sencilla de cómo él la ha padecido, y si el quiere volver a pasar por el tratamiento de quimioterapia, radioterapia, con sus respectivos malestares ocasionados por éstos, enfatiza la enfermera que el paciente no debe fumar, tomando en consideración al familiar que se encuentra con el paciente para reafirmar la acción de los cuidados que se harán en cuanto sea dado de alta del departamento de oncología, para pasar al cuidado del departamento de clínica del dolor, donde los cuidados paliativos que se le brindan van enfocados a proporcionar bienestar, confort, soporte y procurar dispongan de los días que le restan conciente y libre de dolor, con los síntomas bajo control, ya que al ser dado de alta la atención se la brindara el cuidador con previa educación y aprendizaje sobre el proceso de la enfermedad del paciente para retornarlo al domicilio para un buen morir.

E: Es que la idea que nosotros decimos porque como el cigarro como quiera afecta lo que es su nivel de alvéolos en los pulmones

P: Oye hijita no me podrías conseguir un cigarro

E: El cigarro le puede afectar un chorro de...cosas, este...el cigarro se va directo al pulmón la parte más afectada pero por fumar, entonces si usted está fumando puede tener más problemas aparte de aquí entonces usted se va a reiniciar varios tumores más que tomando una o dos cervezas pero el cigarro si debe de dejarlo.

F: Me habían comentado sobre eso

E: todos los cuidados que tiene que seguir, usted, la familia debe apoyarlo mucho, ayudarlo, si él quiere caminar que salga a caminar, si quieren llevarlo a pasear, pueden llevarlo

F: y usted es bien desobediente, no obedece

E: No le hacen caso, pero es por su bien por eso tómese el medicamento

P: Si esta bien

E: Por eso el medicamento le decimos, para qué es, son cada ocho horas pero siempre le decimos desayuno comida y cena para que en la noche no se molesten, no porque a veces no pueden dormir por las noches y lo despiertan a las tres de la mañana para darle las pastillas pos no es respetar el sueño.

En el siguiente caso grabación No 3 es un paciente que conoce su diagnostico médico acepta su gravedad, sabe que para mantener los síntomas bajo control es necesario el tratamiento de plaquetas, y sangre, por lo que el enfermero le recuerda que las donaciones son prescripciones de importancia para su padecimiento y difíciles de conseguir por lo que debería tener personas con disposición que le donaran las que necesite y no se deteriore en su padecimiento.

E: Ah tiene familia aquí

P: Sí

E: Ah bien

P: Pos en el trabajo

E: Ajá si pos se batalla allá, bueno pero ya de perdido, que lo ayuden con las donaciones, ya es ventaja.

P: Ya es ventaja

E: Sí pos para ustedes es muy importante las donaciones exitosas ¿Si no tuviera familiares aquí?, si para ustedes las donaciones son muy importante también las plaquetas con su sangrita.

4.3 El papel de la enfermera como intermediaria entre médico-paciente

La actitud de la enfermera es buscar el momento adecuado para que el paciente en etapa terminal aclare sus dudas y comparta su sufrimiento, la angustia es intensa porque la amenaza de muerte parece más eminente y repentina, y por estas circunstancias se ha llegado a pensar que se crea una distancia en la comunicación para no involucrarse en situaciones emocionales que puedan proyectar sus propias reacciones ante la muerte con su propia personalidad, emociones, sentimientos, de rabia, de angustia, fracaso de todo los cuidados que se le brindan sin poderlo sacar adelante y el quedar atrapada entre la indiferencia del médico que trata al paciente y la situación emocional del paciente y su familia.

La enfermera toma un rol de intermediaria entre el médico y el paciente que ocasiona que no se lleve acabo ese acercamiento que se necesita para poder descubrir el significado que tiene para el paciente su muerte, teniendo su propia limitación al cuidado físico, y terapéutico, trata de no involucrarse en el aspecto emocional por la carga que eso significaría para ella, al conocer el historial médico del paciente como su evolución de sus alteraciones fisiopatológicas y emocional.

En el aspecto emocional la enfermera coincide con las etapas de duelo por las que pasa el paciente y su familia, pero su reacción es diferente en la fase de negación, se resiste a reconocer que el paciente está grave, en la fase de ira descarga su enojo en otras personas de su equipo de trabajo culpándolos de incapacidad, en la fase de trueque muestra el desaliento cuando el paciente tiene la tensión arterial baja, pero se defiende inmediatamente, le vamos a poner medicamento para aumentar la tensión arterial, esto aminora el impacto al que se resiste a morir el enfermo, en la fase de depresión considera que hay poco que ofrecer, pero su integridad profesional se mantiene teniendo como frase “estaba muy grave desde que llegó”, la fase de aceptación de la muerte del paciente se expresa “ni modo”, “estaba sufriendo mucho” .

En lo que respecta a que la enfermera sea intermediaria es dada por las políticas institucionales a las que pertenezca, ya que es parte de una sociedad donde se tienen obligaciones, derechos que se tienen que llevar a cabo dentro del marco legal, este contrato estipula que el médico es la autoridad y guía del tratamiento, pronóstico, y evolución del paciente a su cargo, mientras que la enfermera es la que lleva a cabo la atención directa y los cuidados pertinentes al paciente, con apoyo de las indicaciones médicas específicas de su tratamiento, procedimientos que sean necesarios en su estadio hospitalario, y deambulatorio. Pero esto no es un obstáculo para que la enfermera profesional ocupe el lugar que le corresponde y desarrolle su potencial en el manejo del paciente a su cuidado, que le brinde apoyo y orientación a él y su familia, que incluya a la familia en los cuidados de su paciente para aminorar los momentos de tensión y se sientan parte del proceso y evolución de la enfermedad del paciente en un ambiente de

confianza donde se pueda hablar de los sentimientos y conflictos, con lo que la enfermera comprenda y pueda manejar con madurez.

Ejemplo grabación No 1

E: Mary le vamos a poner medicamento trae la presión baja.

P: Sí

E: Eso nos va ayudar para aumentar su presión, ya está Mary ahí ya está pasando entonces la voy a bañar.

P: ¿Cuánto tengo?

E: Está bien de la presión...Ciento veinte sobre ochenta...orita le voy a dar un medicament,p ero con todos los medicamentos le baja o...hay ciertos

P: No con los antibióticos

E: Con los antibióticos, se le baja la presión

P: Cuando me voy a dormir

E: Y ya le ha comentado al doctor

P: Le he comentado al doctor

E: Mjm ¿Mañana la plaqueta y donador tiene?

P: Tenemos dos pero...

E: Aja

P: Dijeron que...

E: No pues primeramente Dios va ver que sí

Ejemplo grabación No 2

E: Para que usted esté más tranquilo porque a veces el traqueteo de que llévenlo en la ambulancia y que traen en carro y tráeme la silla de ruedas eso es cansancio para usted y fatiga entonces eso le hace que le provoque a veces más dolor entonces para eso es el fin, que usted no esté sufriendo y que tenga una mejor calidad de vida, sufriendo los síntomas que ya le estoy explicando a usted, que pudiera presentar, entonces eso es, este es el fin, vamos a tener de ahora en adelante y que otro objetivo pues analizarle todos sus síntomas y principalmente ese el que tiene usted, creo que ya le explicamos que la salida de líquido, osea es la inflamación y luego a parte es la salida de líquido, eso necesita hacer ejercicio como le explicaba hace rato de mover el brazo y lo puede flexionar igual y sino en alto siempre en alto, lo más alto que pueda ¿Sí?

P: Bueno

E: De hecho sería na´más esta cita que venga este usted ya no vendría, ya vendrían cualquiera de ustedes

F: Ah okey

E: ¿Sí?/ para que ellos no esperen mucho y así ya atenderlos, por lo mismo que están en una etapa terminal siempre les damos la atención más pronto a ellos que a los que traen dolor que pueden esperarse vaya un dolor hay muchos que traen, pues ellos como están expuestos a presentar cualquier síntoma por eso le explicamos que...debemos de verlos a esa hora para atenderlos luego luego y no tengan que esperarse como en otras partes que esperan mucho tiempo.

4.4 El tabú de la muerte y sus manifestaciones en el discurso, en la relación enfermera-paciente en etapa terminal

La enfermera como parte de la sociedad occidental donde se vive de espaldas a la muerte tiene reacciones individuales sobre la realidad, una de las cosas más importantes es que vivimos en una permanente crisis de identidad, donde la muerte se enfrenta a nuestra identidad existencial, que se proyectan reacciones propias de la personalidad, tomando un significado primordial para la vida de todo ser humano y hacer un planteamiento de la muerte y el morir. Según P. Ridruejo Alonso La enfermera al no ver cambios en sus pacientes en etapa terminal se enfrenta a los sentimientos de rabia y angustia, de no poder aceptar la impotencia que puede conducir a una actitud inerte, que es el empobrecimiento del contacto personal con el paciente.

Es evidente que en la observación y las grabaciones que se aplicaron a la relación enfermera- paciente en la atención y cuidados fueron manejados por profesionales, pero no se refleja en la interacción que se dio con el paciente, la disposición de hablar sobre el proceso de muerte para saber que experimenta cada uno de los pacientes, probablemente por las limitaciones propias de la persona y la disposición de escuchar la forma en que las etapas del duelo se llevan a cabo para enfrentar la muerte. La muerte y el morir constituyen temas tabú en la sociedad, la enfermera se siente expectante ante tal misterio, cuando aparece se trastoca todo, se confunde. La muerte se impone como parte de esa realidad que se mantiene hasta ahora como el mayor de los misterios, el ocultar la realidad al paciente terminal provoca un enfrentamiento de sentimientos de culpa y resentimiento que la enfermera habrá de enfrentarlo consigo misma al querer ocultar la

verdad de los hechos aun que su intención sea un acto de buena voluntad. Decir o no decirle el diagnóstico y el pronóstico al paciente terminal, sigue siendo un tema de discusión en los foros de bioética.

La enfermera Rebolledo Mota J.Federico(1996 pp.11,176) al no querer reconocer el proceso de muerte, como un componente importante de la salud humana, no le será posible mejorar la condición de dignidad, respeto, y atención al paciente en etapa terminal, por tratar de impedir irracionalmente la muerte e impidiendo la vida, creando conflicto en la enfermera y cómo resultado duelo, dolor y al no ser resueltos se queda con la ignorancia de no estudiar el proceso de muerte humana, sin intención de entenderla y aclararla, conveniencia por no redituar en logros, presupone fracaso y frustración en la absurda búsqueda de la inmortalidad, miedo a confrontarse a sí mismo, por ese mejor negarlo y no ocuparse de ello, negligencia a sabiendas que se tiene el argumento para contener el conflicto mismo del ser, no lo hace porque se siente incapaz de enfrentar los propios miedos. El aprender a morir la enfermera puede identificar el signo de muerte como el limite constitutivo del principio de la vida, teniendo el arquetipo de la muerte como tabú evento que no tiene signo en la conciencia, pero si se le da el lugar seria una herramienta de la vida, asumir en la muerte el principio ordenador de la evolución, siendo parte del fenómeno existencial del ser humano para darse cuenta de lo finito de la vida.

En la actualidad la enfermera se encuentra dentro de una sociedad que crea la cultura que determina ciertas características biológicas y estructuras del pensamiento que se repiten creando ritos, costumbres, sus propias expresiones. Octavio Paz (1994 pp69-71) "La actitud del mexicano ante la muerte, no trasciende su soledad, oscila entre la

entrega y la reserva, entre el grito y el silencio, entre la fiesta y el velorio sin entregarse jamás. Su impasibilidad recubre la vida con la máscara de la muerte; un grito desgarrando esa máscara y sube al cielo hasta distenderse, romperse y caer como derrota y silencio. Por ambos caminos el mexicano se cierra al mundo: a la vida y a la muerte”.

Conclusiones

Con base en la investigación que se realizó sobre la relación enfermera-paciente en etapa terminal en el departamento de oncología del Hospital de Especialidades No 25, se concluye que la enfermera, a pesar de los esfuerzos a los que se somete para llegar a la empatía con el paciente terminal, no logra ese acercamiento. La causa tal vez es una falla en la comunicación, lo que significa que las necesidades del paciente en etapa terminal no son satisfechas y aumenta el estrés, que compromete los cambios biológicos, psicológicos, y sociales. El fracaso de la comunicación amenaza las relaciones interpersonales con la familia del paciente, y con el equipo sanitario que lo atiende en el proceso de su enfermedad, muchas veces la enfermera deja de observar los cambios que experimenta el paciente, como: la dificultad de encontrar las palabras apropiadas para exponer su estado de ánimo o de gravedad; la disminución en la fluidez del habla, que se torna cada vez más lenta; los cambios en la calidad de voz que llevan a modo, articulación imprecisa; y otros indicadores de la disminución en la eficacia de la comunicación. Entonces, el paciente rechaza el contacto social, ante la escasez de intentos de comunicación y de participación por parte de la enfermera. Surgen así problemas de memoria semánticos-episódicos, dependencia del lenguaje corporal, y excesivo uso de expresiones faciales. Esto es porque la ausencia de comunicación verbal trae como consecuencia un mayor apoyo en la comunicación no verbal para que el paciente pueda transmitir sus sentimientos, pensamientos al receptor.

Por otra parte, cuando la enfermera detecta los cambios en la comunicación, lo hace en un forma intuitiva; y esto no favorece a los cuidados al paciente. Se tendría que

resolver este problema poniendo atención y buscando la asesoría adecuada para el manejo del lenguaje. Al tener una base teórica se indaga una estrategia apropiada para mejorar los resultados y llegar a un equilibrio que facilite la comunicación; sólo mediante este equilibrio se perciben la cooperación, el aprecio, la aprobación y la seguridad contra el daño personal del paciente. El resultado es la oportunidad de incrementar la atención integral de enfermería, y aceptar en su interlocutor expresiones de ira, miedo, desconfianza, y confusión dirigidas hacia la situación y no hacia la persona. Este mejoramiento en la relación que se analizó en la presente tesis se refleja en las grabaciones a las que fueron invitados los pacientes a participar en el estudio, donde se obtiene otro hallazgo: el de no lograr involucrarse con las emociones del paciente. La explicación dada a tal desprendimiento tal vez sea la responsabilidad que se le da a las enfermeras para que estén al tanto del ingreso del paciente al hospital, de su traslado a estudios, y del egreso hacia el hogar. Estas obligaciones de la enfermera se le presentan a diario y hacen que se multiplique la atención en los diversos procedimientos que se efectuaron, en los servicios que se observaron, en vez que toda la energía se centra en la atención directa a su paciente y a la buena comunicación entre ambos.

En otras palabras que los cuidados de enfermería, se enfoquen al tipo específico de paciente, la enfermera da más importancia a los cuidados generales y al tratamiento, con el fin de integrarlos a su domicilio, al cuidado de la familia. En consecuencia, hace a un lado la atención emocional, espiritual, cultural, social del paciente y esto se manifiesta en la comunicación que se observó entre enfermera-paciente en la presente investigación. El contenido de la conversación es superficial, la enfermera se comunica con un enfoque biologista, sin tomar al paciente como una persona integral, sin tocar el tema principal de

la muerte, sus sentimientos, sus expectativas, su espíritu, su pensamiento, y sus necesidades. Este resultado puede interpretarse en términos de “Conciencia ingenua”o por temor a enfrentar la cruda realidad. Quizá por eso los pacientes no preguntan, solo se limitan a seguir indicaciones a confiar su vida a un tratamiento tan simple como es una transfusión de plaquetas. Tampoco la enfermera prepara al paciente ni a la familia, ni a sí misma para el duelo anticipatorio por la proximidad de la muerte. No afronta sus propios sentimientos de angustia y al no enfrentarlos con el paciente, quien está frecuentemente en la incertidumbre y ante el dolor por su deterioro holístico, que lo mantiene en espera de respuestas afectivas de parte de la enfermera. La actitud de ésta se traduce en la atención terapéutica, sin enfrentar sus propios miedos a **la muerte**: no habla de ella, es el tabú, lo prohibido porque en lo implícito se acepta que si es nombrada la muerte llega. Este puede ser uno de los motivos por lo que no aparece el tema en las grabaciones analizadas para la presente investigación.

El manejo de la angustia de parte de la enfermera sería una de las formas de apoyo. Por otra parte está presente su religión, la cultura, las costumbres y los ritos propios de su postura ante la vida. Se requiere una amplia apertura de la comunicación con los pacientes en etapa terminal quienes necesitan saber qué es lo que va ocurrir, cómo, cuándo les gustaría morir. Mucho de ello se logrará cuando la enfermera se tome el tiempo de escuchar sin interrumpir la comunicación, cuando se haya hecho el enlace entre un ser humano y el otro.

En la comunicación aquí analizada se encontró que la enfermera hace funciones como intermediaria entre el médico y el paciente, quizá debida a la invisibilidad de la profesión de enfermería, que por las múltiples actividades que se le encomiendan, asume

papeles de otras profesiones en un porcentaje demasiado elevado de su trabajo. De tal modo, la sociedad percibe a la enfermera como aquel profesional que se dedica a ayudar, a asistir a otras disciplinas, sin asumir su rol independiente, que es tan importante como las actividades en apoyo a los demás colaboradores de la salud.

Otra conclusión importante es que el análisis de discurso fue muy útil en la investigación, lo cual refleja en los resultados arrojados al examinar las grabaciones sobre la relación enfermera-paciente. Se tomó como apoyo teórico la propuesta de Austin y Searle que se basa en la filosofía de la acción, de la relación pensamiento-acción y se enfatizó el papel de la intencionalidad de los actos del habla considerados como acciones humanas. Se observaron en el transcurso del estudio actos de amonestar, actos de explicar, actos de animación, actos de aconsejar.

La teoría de la enunciación, estudiada por de Kerbrat-Orecchioni y revisada por Rodríguez Alfano permite conocer el código de la enfermera con profundidad, concede identificar con facilidad los mensajes verbales y no verbales que se dan en la relación enfermera-paciente, tomando en consideración la competencia ideológica, y cultural del individuo, según su procedencia.

En lo que respecta a la nueva retórica propuesta por Perelman y Olbrecht-Tyteca, se desprende que la argumentación siempre tiene un grado de la búsqueda de la verdad y de, la adhesión. En forma particular, se observó que no es muy frecuente el empleo del argumento de persuasión, al que recurre la enfermera solamente cuando necesita que el paciente comprenda las indicaciones de su tratamiento. Sería más conveniente que lo usara para tranquilizar a éste en su etapa terminal.

La investigación se realizó en cuatro meses de grabaciones a los pacientes participantes donde se tomo parte como observador en el ingreso, egreso, tratamiento y hospitalización. No coincidió con en ninguna defunción alguna de los seis pacientes. En el departamento donde se realizó el estudio, sólo un paciente se encontró en agonía al complicarse su padecimiento. El abordaje se hizo a petición de la esposa, al no encontrar eco en el personal que estaba laborando en ese momento; éste se realizó en condiciones poco favorables para el paciente por estar entubado, pero conciente de lo que estaba sucediendo en su persona y no poder compartir el duelo y desapego con sus seres queridos. Aquí es donde se siente la limitación de lo que se puede decir o hacer sin que produzca sufrimiento o sentimientos contradictorios en la enfermera, quien actúa como espectador en el dolor que se genera en otras personas y del cual huye que, o lo transforma en indiferencia, con el trasfondo de su propia angustia ante la muerte.

La información del estado del paciente al familiar fue la siguiente“su paciente está grave no hay nada que pueda hacerse”. No se demuestra en esa información que haya una intención de que la familia comprenda el contenido, el significado de las palabras. No hay evidencia de que la enfermera haya comprendido como, al observar como era atendido su paciente, el cónyuge necesitaba ser escuchado a fin de ordenar sus pensamientos, necesitaba alguien se mostrara solidario de su estado de ánimo relativo a que tal necesidad de comprensión no significa perdida de sus sentimientos hacia el ser que está perdiendo, sino un desconcierto al no saber qué hacer o a quién acudir en búsqueda de apoyo.

Es necesario que la enfermera se centre en sensibilizar el quehacer de la disciplina para equilibrar el proceso natural de la muerte, con una comunicación asertiva, por

medio de la empatía, para dignificar el respeto a la condición humana con una muerte digna, considerar en futuras generaciones que se introduzca en la currícula de enfermería que ha de incluir: cursos, películas que sensibilicen al trato en la atención de estos pacientes a quienes ha de verse como seres humanos integrales.

Por último, y como una parte primordial, sugerimos que se realice un seguimiento de la investigación mediante dilemas éticos en la interrelación del paciente, en lo que se refiere a la comunicación con la enfermera.

Bibliografía

- Alspach, J. (1993) *Cuidados Intensivos en el Adulto 4ta edición*, México, D.F: Cuidados Intensivos en el Adulto 4ta Edición, Interamericana.
- Alvarez, Tiberio. (2001) *El cuidado paliativo en casa al paciente terminal*, Medunav Vol.4 No.10 Abril, http://medicina.udea.edu.co/publicaciones/iatreia/vol4_03/02/02
- Borrego, Genaro. (1996) *Seguridad Social No. 119* Marzo-Abril, México, D.F: Ed. Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Borrego, Genaro. (1996) *Seguridad Social No. 198* Enero-Febrero, México, D.F: Ed. Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Carpenito, LJ. (1995) *Diagnósticos de Enfermería*, España: Mc Graw-Hill Interamericana 5ta Edición.
- Carrillo, Maria. (2001) *Conocimiento del Paciente sobre sus derechos*, Veracruz: Revista Enfermería IMSS 9(1).
- Cerezo, ML. (2000). *La enfermería y la tanatología*, México D.F: Ed. Desarrollo Científico Enfermería, vol. 8 No. 3 Abril.
- Cordera, Armando. (1994). *El humanismo en la práctica médica*, México D.F: Ed. Cordero Editoriales, S.A. de C.V.
- Coupland, Justine, (1994). *Discourse & Society*, London: Thousand Oaks Sage, vol. 5.No.1
- Fajardo, Guillermo. (1983) *Atención Médica*, México D.F: Edición La Prensa Medica Mexicana
- Fernández, VJM. (1998) *Bioética y Cáncer*. México D.F: An Med Asoc Med Hosp ABC. 43(3) Marzo.
- Ferrell, Betty,(2001).*Cuidados al paciente terminal*, Nursing 2001, vol 19, número 2
- Fisher, Sue. (1991). *Discourse & Society*, London: Neubury Oaks Sage, vol. 2. No.2
- García, Alfonso. (1992). *Educación en enfermería para ayudar a morir con dignidad*, Madrid: Enfermería Clínica, vol. 1 No. 4
- Gómez, Marcos. (1999) *Medicina Paliativa y Enfermo Terminal*, Hospital el Sabinal de Gran Canaria España, [http:// www.sepal.com/cyc/html2/c42.html](http://www.sepal.com/cyc/html2/c42.html) 04/02/02
- Gómez, Raúl, (2000). *Referentes Conceptuales ante el proceso de muerte*, México D.F. Desarrollo Científico Enfermería, vol. 8 No 7 Agosto

- Gutiérrez, Ma. Luisa, (1995). *Actitudes del personal de enfermería en pacientes con enfermedad terminal con connotación a nivel académico y experiencia*, Investigación (Inédita) Monterrey N.L.: Facultad de Enfermería, UANL
- Hernández, Aniorde, (2000). *Experiencia en el cuidado a un enfermo próximo a la muerte* <http://nic@wanadoo.es> 10/01/02
- Ibarrondo, Bengoechea. (2001) *Estudios sobre la comunicación paciente-enfermera en cuidados intensivos*, Madrid: Enfermería Clínica Vol. 11 No.6
- Kozier, Barbara. (1993) *Enfermería fundamental*, México D.F: 4ta Edición, Tomo II Interamericana
- Lozano, Jorge. (1986) *Análisis del discurso*, Madrid: Ediciones Cátedra, S.A.
- Llano, Alfonso. (1990). *El morir humano ha cambiado*. Bogotá: Bol of Sanit Panam 108, No 5-6
- Manual, Ethics. (1994) *Annals of Internal Medicine*, Bioetica primer Congreso Internacional De la ciudad de México
- Marigorta, Javier. (1997) *Eutanasia versus Cuidados Paliativos*, España, jmarigorta@edunet.iber.net 07/07/03
- Marriner, Ann. (1999) *Modelos y Teorías en la Enfermería*, España: Editorial Harcourt Brace Mosby
- Medal ie JH Bereavement.(1992) *Subprograma de salud mental, adultos y ancianos*, <http://www.papps.org/prevención/salud-mental/p140.htm> 15/02/02
- M, Lotman, Iuri. (1998) *Semiosfera II*, Madrid: Ediciones Cátedra
- M, Lotman, Iuri. (2000) *Semiosfera III*, Madrid: Ediciones Cátedra
- M, Lotman, Iuri. (1993) *Semiosfera I*, Madrid: Editorial Cátedra
- Norbert, Elias (1987) *La soledad de los moribundos*, México: Ed. Fondo de Cultura Económica
- Perelman, Ch. y Olbrechts-Titeca, L. (1989) *Tratado de la argumentación*, Madrid: Editorial Gredos
- Recopilación de Datos de los Archivos del Hospital de Especialidades #25 Monterrey:* Instituto Mexicano del Seguro Social. (2003)
- Reyes, Alfonso. (1996). *Acercamientos Tantológicos al Enfermo Terminal y a su Familia*, México: Primera Edición, Triple A Diseño, S.A.
- Reyes, Alfonso. (1992) *Depresión y Angustia*, México: Primera Edición, Triple A Diseño, S.A.
- Rebolledo Mota Federico (1996). *Aprender a morir*, México: Edición, Triple A Diseño, S.A.

- Ridruejo, P., Medina, A., Rubio, Q.L. (1995) *Psicología Médica*, España: Interamericana, 1ª Edición
- Rodríguez, Alfano Lidia (1999) *Polifonía discursiva de distintos grupos sociales*, Tesis Doctoral en Lingüística Hispánica, México. D.F. UNAM.
- Rodríguez, Alfano Lidia. (2004) *Que opinas con verbos y pronombres*, San Nicolás de los Garza, N.L. México: Print Editores, Facultad de Filosofía y Letras, UANL.
- Rodríguez, M.J. (1992) *Los Cuidados Paliativos: un signo de Evolución*, España: Filosofía Medicina Paliativa, Sumario Vol.7 No.1
- Rubio, Severino. (1997). *Tanatología*, México, D.F: Talleres gráficos de la Coordinación Sistema Universidad Abierta, UNAM.
- Rubio, Severino., Jiménez, Araceli., (1996). *Teoría y Método de la Atención de Enfermería*, Antología, México, D.F: Talleres gráficos de la Coordinación Sistema Universidad Abierta, UNAM.
- Searle, John. (1990) *Actos del Habla*, Madrid, S.A: Ediciones Cátedra
- SECPAL, (1998) *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*, <http://www.secpal.com/comunicación.html> 20/12/99
- Sorrentino, Sheila. (1994) *Enfermería Práctica*, España: Editorial Mosby/Doyma Libros, Tercera Edición
- Velásquez, Oscar. (1994) *Calidad de vida en la fase terminal*, <http://medicina.udea.edu.co/publicaciones/iatreia/vol7> 01/02/02
- Vélez, Hernán. (1994) *El paciente terminal*, <http://medicina.udea.edu.co/publicaciones/iatreia/vol7> 19/03/02
- Gutiérrez, Ma. Luisa, (1995). *Actitudes del personal de enfermería en pacientes con enfermedad terminal con connotación a nivel académico y experiencia*, Investigación (Inédita) Monterrey N.L: Facultad de Enfermería, UANL

ANEXOS

E: Enfermero hombre (1) P: Paciente hombre (1)

E: ¿Tá dormido? no vedá

P: No

E: Voy a checarle su temperatura, a ver como le siguió Don Juan

P: ¿Eh?

E: A ver como le siguió digo

P: Bueno

E: ¿Ayer tuvo temperatura?

P: No

E: Tá bien frío ¿vedá?

P: (Risa)

E: Y eso que está apagado el clima

P: Sí

E: No 'stá prendido , es que como quiera aquí está fresquesito

P: Sí

E: Afuera y luego, con el clima

P: Sí

E: Con esto no sí pero ya andaba con xxx ya se hubiera puesto

P: No , no no sí, haz de cuenta que no podía hacer

E: Ajá

P: Y batallé mucho pa hacer y horita ya estoy

E: Mjm

P: Pero no hago igual

E: Sí sí

P: No así muy poquitito

E: Pero ya está haciendo bien

P: Sí

E: Porque esto es para esc , si si ya está h'ciendo bien pues ya no se lo pone

P: Horita no h' hecho

E: A bueno siente molestia ahí, es que a lo mejor este duró días sin hacer , este

P: Lo que siento es este, haz de cuenta que en la madrugada

E: E si xxx tripas su intestino está ya este funcionando o sea tiene así movimiento intestinal , entonces este...

P: Sí la la , última vez que hice me molestó

E: A ok

P: Fue xxx en la noche

E: Mjm

P: xxx y por eso ya no me la quiero tomar

E: Es que a veces la quimioterapia también este, pues provoca , eh problemitas ahí de estreñimiento

P: Ey

E: Pero poco a poco se va , se va 'stabilizando se va normalizando todo eso y pues por lo pronto pues hay que ayudarlo con estas cositas vedá

P: Sí

E: Orita le retiro el termómetro

E: Ajá ya retiramos el termómetro, déjeme ver su temperatura, veintisiete no tiene nada mejor no podía andar (risa)

P: Si no ya, hay la llevo ya ya, ya mañana si se quiere ir (risa)

E: Ahorita ya deben estar sus laboratorios orita nos echamos una vuelta

P: Sí

E: Para traémoslo de una vez y que los chequen ahí, no yo digo pa que más o menos se vayan dando una si requiere de más precisión y todo si requiere nada más plaquetas o sangritas o...

P:

E: A en la mañana no le tomaron

P: No

E: Ah entons hasta los de mañana

P: Es a las once horas no o los de mañana

E: Y dependiendo de los de mañana

P: Dependiendo de los de mañana

E: Lo que pasa también es que no haiga temperatura vedá

P: Sí xxx ora no es laboratorio hasta mañana , bueno (...)

E: ¿Hizo pipí Don Juan?

P: Me parece que muy poquito

E: Poquita tá orinando poquito, a que caray no está tomando agüita, no hay que tomar bastante agüita pa que le ayude ahí a, a sus riñoncitos a eliminar todos los residuos ahí de su quimioterapia sus medicamentos

P:

E: No si no poquito como quiera así de...

P: Es poco

E: Debe ser más de un equivalente a lo que le ponemos de suerito de lo que usted toma
vedá sí

P2: Y pos ahorita ha tomado como n'amás dos

E: Dos vasitos

P: Sí

E: Más a parte lo que traen en la comida dos vasitos

P: Sí .

E: Pos fíjate más lo que le estamos poniendo y entons si es poquito lo que y en las
tardes orina más o... en la noche orina bien bueno

P2: Pero...

P:

E: Si no porque tomaba mucho líquido pues procure tomar mucha aguita sí muy bien
(...)

E: A buen día

P: ¿Cómo amaneció?

E: Muy bien ¿y usted?

P: Aquí también

E: Ya lo picaron

P: Ya

E: Tan temprano , vamos a ver le voy a poner su termómetro

P: Sí

E: Voy a checarle su presión ¿no le molesta aquí?

P: No

E: Bueno (tararea) a ver présteme su brazo, le voy a xxx si le molesta me dice

P: Sí

E: Al cabo ya le picaron de aquel lado verdá

P: Mjm

E: Ahora vinieron muy temprano esos del laboratorio (risa)

P:

E: Esos no perdonan verdad, pues si tiene un poquito baja su presión, así se le ha mantenido ya tiene días ¿no?

P: Sí

E: A sí, a no, pues entonces sí está bien, voy a checarle su pulso, cuatro xxx, pues de todo anda bien también, todo bien

P2: Pero es xxx

E: No pero... este, lo que son este, así maneja uno las presiones así un poquito bajas mientras uno se sienta bien ¿veá? Pos

P: Sí

E: Además no no es muy baja n'amás que yo me acuerdo que la manejaba un poquito más alta unos tres xxx, sería como un poquito más delicado

P: xxx

E: Sí

P: xxx

E: A okey

P: xxx

E: Mjm

P:

E: A okay, m...no pos ciento treinta más bien es normal

P:

E: Muy bien

P2: como quien dice muy

E: A sí, muy muy baja, aja

P:

E: No andaría con fiebre no

P: No xxx

E: Y le checaron su presión y la traía muy baja

P: La traía muy baja xxx

E: Mjm (...)

P:

E: A okey

E: No le querían pasar el remedio no veda (risa)

P2: No (risa)

E: No pero si no pos sí es muy bueno eso

P: Sí es bueno

E: Ajá, ya ve que mucha gente usa que la soya, les ayuda también

P: Ey

E: ándele que bueno, un chocolatito

P: Sí

E: (Risa) Tá bueno vamos a seguirle por acá (...) don Juan se va a bañar

P: Sí

E: ¿Sí?, tiene frío, lo veo así muy así, engarrñado

P: Me quedando dormido

E: ¿A 'stá quedando dormido? ,

P: Sí

E: Bueno vamos a prepararle todo para el bañito

P: Sí stá bien

E: (Canta) Déjeme quitarle estas cosas don

P: Sí

E: Ya se está tardando otra vez el almuerzo... ya ve a que horas llegó ayer si nos
esperamos después del almuerzo luego se nos hace tarde

P: Otra vez

E: Mmm, si va' tener donador de plaquetas hoy

P: Sí ya está ahí abajo

E: Ya está ahí abajo

P: Sí ya está

E: A que bueno, a ver la batita, déje vo' traer el agüita eh, listo don Juan no pos si ya está el agüita caliente

P: No

E: Ahorita la checa a ver qué tal está

P: Sí

E: Es que como está bien fresquesito pues apenas bien calientita

P: Sí

E: Si no se imagina, a ver chéquela

P: Está bien

E: ¿Está bien?, a okey , ¿quiere una silla?, perfecto ¿su jaboncito?, a por acá está ya lo vi, vamos a ver levante sus pies tantito por favor

P: Nunca me han gustado bancas así no, no aguantan mucho

E: Ajá

P: Porque... este, haga de cuenta que, me molestan

E: ¿Le molestan con la piel

P: Sí

E: A okay sí no es que, muy calientita no

P: Sí

E: Le afecta a la piel

P: Como hay gente que le gusta que hasta, no... hasta vaporsito ¿no?

E: Hasta vaporizan ¿verdá?

P: Sí...

E: Yo a mis hijas les digo no

P: Hasta vaporizan

E: Voy a, a bañarme yo y nomás salen ellas y les digo no está muy caliente
n'hombre qué barbaro

P: Ey

E: Baje su cabeza y le mojo su cara (tararea), ¿su señora fue a tomar algo?

P: Sí , yo creo que fue a

E: Ah a cambiar

P: Sí

E: Présteme... su brazo , (tararea) si le vo'a pedir usted me dice

P: Sí

E: Doble poquito su pie , ahí está bien , ya llegó la comida , tarde pero segura

P: Sí...

E: (Risa) , ahí 'stá bien , esta muchachita cocina como chef

P: Está bien

E: Sí... , no y como quiera , tiene poquito porque...

P: Ah

E: Se ve que no le , no le caía muy bien , sí sí batalla

P: Sí

E: Levante su cabeza y cierre bien sus ojos

P: Sí

E: Le voy a enjuagar , (tararea)

E2: No sabes si tenía xxxx

E: Sí por ahí estaba, en un vasito lo traía por ahí ,

E2: No lo veo

E: ¿E...! deste que traía don Juan?

P: ¿Qué?

E2: A no pero ese no es

E: Órale, es que a alguien le vi que traía

E2: No es

E: ¿Con cuál toallita se va secar de las dos?

P: Con la...

E: La azul o la verde

P: No

E: Mejor la azul , pa poderlo dejar muy bien , ya le dio frío ¿vedá?

P: Mejor xxx

E: Apenas a la temperatura ¿verdá? ,

P: Siempre es lo mismo m bajando

E: No , ¿dónde estará no sabes?

P: Es que como orita uno se está bañando con agua caliente

E: De salir , salir a...

P: Salir uno ajuera

E: Ajá ,

P: Sí , con agua norma...l

E: Nomás medio templadita

P: Sí

E: Sí es que imagínese con agua calientita y luego salir a l frío , lo vo' a poner tantito de ladito para...

P: Sí

E: Para irlo secando , irle secando lo mojado , ahí está bien , ahí aguánteme tantito

E2: Ya xxx

E: A okey gracias , ¿y la otra sabanita que le dejé en medio? , se le mojó , a no aquí está

P2:

E: Sí por favor orita se la paso por acá , orita se la paso ,

E2: Le voy a dejar la ropa aquí abajo para que se la ponga

E: A ver si no se le enfría el almuerzo , ya que de por sí viene un poquito frío y luego ,
y lo hacemos esperar pues no , ¿y el que va donar las plaquetas viene de allá de
donde es usted? , ¿el que le va donar las plaquetas viene de donde es usted?

P: No de allá no

E: Ah es de aquí

P: Sí

E: ¿Tiene conocidos aquí también?

P: Sí , no yo ya...

E: A tiene familia aquí

P:

E: A bien

P: Pos en el trabajo

E: Ajá sí pos se batalla allá

P:

E: Bueno pero ya de perdido que lo , que lo ayuden con las donaciones , ya ya es ventaja

P: Ya es ventaja

E: Sí pos para ustedes es muy importante las donaciones , donaciones exitosas ¿si no tuviera familiares aquí? , sí y para ustedes la , las donaciones son muy importantes también la plaquetas con su sangrita , mmm

P:

E: Sí sí porque , en lista de espera sí , bastante porque

P: xxx Dejaron un plaqueta y no me la querían donar

E: ¿Por qué lo mandaron al banco allá?

P: Porque... , es que supuestamente xxx

E: ¿Puedo ponerle su bata?

P: Sí

E: A ver

P:

E: Esta no nomás en la otra mano , aquí va la canalización

P: Y como estaban tres

E: Ajá

P: No pos es que hasta que se acerquen los tres

E: Ay , pero pos de perdido hubieran dado uno

.

CLINICA DEL DOLOR AUDIO # 2

E: No , yo soy Faby o Fabiola soy enfermera de clínica del dolor , xxx nosotros este nos vamos a encargar de todo tu... de... manejarte el dolor y todo lo que tenga que ver con con tu enfermedad ,

P: Mjm

E: Y entonces ahorita el doctor nos explicó que... , nos empezó a explicar que , tu tienes algo que , están comprimidos los nervios ahí que , tu estómago

P: Sí

E: xxx pero vamos a manejar el dolor con

CLINICA DEL DOLOR AUDIO # 5

E: Este xxx o qué xxx de dolor en el cuerpo sí , ahorita le están haciendo la consulta externa de clínica del dolor se le da un medicamento y se le va a dar de alta ,

P: Mjm

E: Ahorita le dimos ya el medicamento

P: Mjm

E: Y le explicamos ya a su señora como... este va ser su medicamento

P: Mjm

E: Cual es el fin de... , de esto cumplimos una cita en quince días , en quince días lo vamos a ver , si usted puede venir viene si... sino igual puede venir cualquier hijo de ustedes ,

P: Mjm

E: O su esposa y que nos diga usted como se siente , si está respondiendo bien al medicamento si no está funcionando bien , si uste' trae dolor , más fuerte , si se le quito y no trae nada de dolor si trae algún otros síntomas , este todo eso me va explicar , porque viene a nosotros porque es cuando otro paciente consulta con nosotros porque... a usted el uncologo a lo mejor ya no lo va a ver lo vamos a ver nada más nosotros que somos clínica del dolor , para tratarle , su dolor y este xxx es tratarle los síntomas que usted pueda presentar de aquí en adelante qué síntomas principalmente pues es el dolor , el estreñimiento , diarrea , dificultad para respirar , tos , est- cansancio debilidad náuseas vómito , ¿y cual es el fin? , que usted no sienta nada xxx al fármaco sino tratárselo en su casa

P: Mjm

E: Ambulatoriamente como se dice , o domiciliariamente , para que usted este más tranquilo porque a veces el traqueteo de que llévenlo en la ambulancia y que traen en carro y tráeme la silla de ruedas eso es cansancio para usted y fatiga entons eso , le hace que le provoque a veces más el dolor , entons para eso es el fin del xxx escalopilia que usted no este sufriendo y que tenga una mejor calidad de vida , sufriendo los síntomas que yo le estoy explicando a usted , que pudiera presentar , entonces eso es , este el fin que vamos a tener de ahora en adelante y que otro objetivo pues analizarle todos sus síntomas y principalmente xxx ese es un xxx el que tiene usted , creo que ya le explicamos que es la salida de líquido ,

sea es la inflamación y luego a parte es la salida de líquido , eso necesita hacer ejercicios como le explicaba hace rato de mover el brazo y lo puede flexionar igual y sino en alto siempre en alto , lo más alto que pueda ¿sí? ,

P: Bueno

E: Xxx , si le empieza a sangrar o algo na'más asea' con agua... y jabón neutro , si tiene isodine con isodine lo puede lavar sino con agua y jabón neutro de ese que es de bebé ,

P: Sí

E: Con ese xxx esa , jalea líquida , porque tiene muchos este a parte muchos xxx y se puede infectar a parte este nada más así de que se le trate en su casa para que no este se infecte en ese proceso como tiene muchas xxx , por ahí tiene otras xxx , otra su casa entonces se va llenar de xxx , tiene alguna duda usted don ,

P: No , no todo está bien

E: Pregúnteme no se quede callado , algo que quiera usted saber o este ,

P: No , no

P2: La diagnosis

E: La radiación que le dieron

P: No no , ya le dije yo ayer

E: Sí , se le dio el medicamento , mira el medicamento 'se le dio , es para evitar un poquito la xxx sino aparte le ayuda a potencializar un poquito más el efecto del dolor , ¿sí?

P: El dolor no lo tengo no

E: Ahorita no porque como se le dio una infusión se acuerda que tomó una infusión

P: Sí

E: Por eso el medicamento tiene que ser ahorita al medio día

P2: Empiece a dárselo

P: Mjm

E: Espéreme , tiene que empezar para que no le provoque el dolor otra vez , si a usted se le quita el dolor no vaya a suspender el medicamento , usted tiene que , haga de cuenta que usted va' vivir con ese medicamento del dolor

P: Que siga

E: ¿Mande?

P: Que siga el dolor , digo el medicamento

E: El medicamento va' seguir , más que nosotros esta' aquí , nosotros vamos a valorar si se le quita el dolo- , si se le quitamos el medicamento o le vamos aumentando , vamos i- , igual se le pude ir quitando y le da al paciente más medicamento , uno es medicina para el dolor pero en este caso se disminuye y se le va metiendo a tratamiento

P2: Mmm

E: El puede presentar muchos , síntomas

P: No... incluso dieta me va a dar para la... clase de comida

E: Fíjese que es afortunado , porque la dieta puede comer de todo

P: xxx , carne roja

E: Dele aunque sea poquito , a... aquí fijese noso- hay una regla , al paciente lo que quiera cuando quiera y lo que quiera , esa es una regla del paciente que hicimos xxx para ti

P: ¿Y no hace daño con el medicamento con la carne de puerco?

E: No ese es un tabú que hay de que , de que le dicen hay no debo comer este la carne de puerco y...

P2: Sí

E: Bueno pero no se va comer un tacote del asado de puerco y... tamales

P: No no

E: Usted va comer nada más la necesidad del... , de cómo se dice m... , la...

P1 y 2: XXX tentación

E: La tentación ándele , no se acuerda que ayer le dijimos que sí podía comer este ahí no le dijo el doctor que sí podía comer este la... , la carne de puerco

P: Xxx un broncón

E: Sí al pa- , a aquí más que todo es complacencia al paciente , si él lo que pide se le da porque como quiera si él no va aceptar un plato , como uno de que , ya duro

P2: por sus cálculos dice

E: Sí todo lo que quiera , y... tome muchos líquidos eso sí porque , que xxx tiene sed , tome agua... , caldo... de verduras sí , ya como me d'ces que no puede pasar líquidos , que tome este... caldo... de verduras pero en jugo , como si fuera jugo ,

la pura... agua , pero ya lleva la consistencia de... del de lo que es el caldo ¿sí?
este si ve que se le inflama la garganta o ve que se le reseca haga lo que es la
manzanilla

P2: xxx unas gotas , xxx este xxx agua con xxx

E: xxxtina con bicarbonato

P2: Sí , hay una bolsita con bicarbonato

E: A okay , hay otra que se ponen mucho es e...l , te de manzanilla

P2: Sí

E: No se si te comentamos ayer

P2: mjm

E: Pero el de hierbas e... , el de... sí me lo salté , no es la solución sino es la hierba al
naturologo ahí dice como lo aplique ahí dice como lo enjuages aparte si trae la
boca reseca ese le humedece la boca , le queda fresquesita vaya

P1 y 2: xxx

E: Y le ayuda un poquito a desinflamar lo que es aquí la... faringe

P: Eso todas las mañanas eso la doctora ,

E: A bueno, puede hacer enjuagues le ayuda e la xxx del bicarbonato y el de manzanilla puede ser ,

P2: Sí porque nos dijo el doctor que podía ser xxx y xxx

E: Sí para que el medicamento también le ayude acá lo que es la faringe

P: xxx

E: Esa... xxx después de cada comida , porque

P2: xxx bien mal

E: xxx bueno ya que se pueda cepillarse los dientes con puros enjuagues saca los residuos de comida que salgan , o haga buches usted

P: Tengo xxx pero ora como ya no puedo con esta mano

E: Usted está como rey, todo le hace la señora

P: Todo todo ,, stoy como xxx mire mire

E: (Risa) ,, dicen que con unas cachetadas de los hijos se les quita lo inflamado

P: Orita voy a xxx (risa)

E: (Risa) Así dijo un paciente yo también lo digo , (risa)

P: (Risa)

E: Tonces otro paciente me dijo que si ponía una bolsa en el piso en la noche recibiríamos dinero

P2: Como quiera

E: (Risa) Nunca recibimos

P: Pero no es igual

E: No no es igual , este...

P: El dinero va y viene

E: Exactamente así dice mamá , va y viene poco o mucho pero , algo hay

P: nada o sea

E: Este... la radiación que le dieron don José esa es para que le ayude a de desinflamar lo que tre ahí , el gan- , el , perdón , el nervio que le provoca el dolor y aparte la inflamación que trae ahí de la , de la bola el tumorcito que trae ahí , para

eso es la radioterapia , este , el efecto que también va tener le quita ahí lo desinflamado , tarda por eso puede ser de quince días un mes , o sea no es de inmediato ahorita

P: No no es de inmediato

E: Va , ir bajando poco a poco

P: Sí porque este no lo tenía así , todavía ayer lo traía inflamado

E: Ándele, es- , esta esto con puro movimiento si usted puede está muy bien

P: ¿Sí?

E: A- , aproveche unos cinco minutos, no sé unas... , cinco veces al día , lo va ayudar mucho , con cinco minutos que lo haga con eso tiene ,

P2: Sí

E: De que una pelotita , o que movimientos así

P: xxx en las piernas lo que es en las rodías l'o así se quedan

E: Pierde la fuerza

P: Eso me da muy bien , eso me ayuda re bien

P2: Dice que primero le pusieron la qué , no es quimioterapia es la , termotécnica

E: Porque xxx

P2: Dice que le xxx

E: No...

P2: A la quimioterapia le dicen xxx

E: Quimioterapia

P: xxx

P2: La radiación

E: La quimioterapia esa es para xxx parecido a eso que tiene , que tiene usted pero por eso el medico la pide porque llega un momento en que la quimioterapia ya no hace efecto , haga de cuenta que la quimioterapia no sé si le explicaron que destruye células malas ese es el tumor y las células buenas , se lleva de encuentro , entonces llega un momento que , va atacar más células buenas que las malas , tons por eso se decide ya no dar quimioterapia y la radioterapia más que todo es paliativa para desinflamar , el efecto que trae ahí del tumor y aparte le ayuda a disminuir el nervio que está atacando que le provoca el dolor

P2: Pero nos dijeron xxx

E: De ¿qué?

P2: xxx

E: ¿La cita? , nosotros le dijimos que en quince días

P2: Sí pero que no tenían más cerca

E: Pero le pusimos ahí que es paliativa ,

P2: Pos así nos xxx

E: xxx estamos al asistente porque es en quince días , porque él , por lo mismo de que él esta expuesto o propenso a cualquier síntoma

P2: Mmm

E: Entonces por eso lo vemos cada quince días a menos que notros lo veamos que ya está bien entons lo dejamos para una xxx igual no necesita dieta puede venir cualquier día con nosotros

P2: Mmm

E: No hay un día específico de que ah no tengo ,

P2: Pero es que le dijimos al xxx y le pregunté

E: Fíjate que hasta el último de octubre no lo vo'a llevar no , al contrario tiene cita abierta , cualquiera de ustedes este , eh necesito que venga y siempre pregunte que como se siente lo bueno y lo malo

P: xxx

E: Sí

P: O sea el doctor tiene cita el catorce

E: No , el catorce ¿qué es?

P: Con el doctor , Rodríguez

E: Es martes , hoy estamos a veinticuatro , ¿o qué? sí vedá a veinticuatro

P: Sí

E: Mm , el dieciséis de octubre ¿lo podrá traer?

P: Sí

E: Esa va ser xxx ¿le parece bien? ,

P: xxx

E: Para orita decirle a la señorita que se lo cambie para el dieciséis de octubre , ¿sí puede bien?

P1 y 2: Sí

E: El chofer,

P: (Risa)

E: De hecho sería na'más esta cita que venga este usted ya no vendría , ya vendrían cualquiera de ustedes

P2: Ah okey

E: ¿Sí? , nomás le diríamos tráiganlo en presencia a las diez de la mañana , ¿sí? para que no esperen porque como nosotros los vemos a prisa así como orita

P: Sí

E: Primero vamos a ver a los que están internados y luego ya nos bajamos a la consulta, entons para que no esperen mucho nosotros les decimos que a las diez diez y media

P: Ah okey

E: ¿Sí? , para que ellos no esperen mucho y así ya atenderlos , por lo mismo que están en una , en una etapa terminal siempre les damos la atención más pronto a ellos que a los de xxx que traen dolor que pueden esperarse vaya un dolor hay muchos que traen , pues ellos como están expuestos a presentar cualquier síntoma por eso le explicamos que... , debemos de verlos a esa hora para atenderlos luego luego y no tengan que esperarse como en otras partes que se esperan mucho tiempo

P2: Mmm

E: ¿Sí? , ¿alguna duda? , soy enfermera , toavía me falta mucho para doctor

P: xxx

E: Qué más quisiera pero xxx hay que estudiar mucho ,

P: Todo xx todo está muy bien

E: ¿Sí? , bueno, este entons orita ya nomás que le... quiten el suero para que se vaya, a su casa le ponen una inyección

P: Sí está bien

E: Para que... no pierda el efecto por lo que tomó... la infusión

P: Sí

E: Sí , ahorita le van a dar una infusión porque usted está con media de... xxx y luego ya en la noche sí otra vez

P: (...)

E: Lo encendió o sea o...

P: No yo xxx lo que encuentro

P2: Es que dice que el doctor no se lo , no se lo quitó no se lo prohibió

E: Le preguntó al doctor este... , al doctor Rodríguez

P: Al doctor Rodríguez

E: Es que la idea que nosotros decimos porque como el cigarro como quiera... , afecta lo que es su nivel de xxx en los pulmones

P: Oye hijita no me podrías conseguir un xxx

E: Es que apenas en ,

P: Sí ah

E: Ya si quiere porque no hay farmacias Don José , este...

P2: Ah está bien

E: Es que tengo que programar los exámenes antes de que venga , xxx ya cuando se vaya

P2: Sí

E: Ya cuando termine con nosotros luego ya le damos los otros

P: Sí

E: Este... , ah como el , el cigarro le afecta lo que es a nivel de pulmones don j- y su problema está aquí

P2: Mire el doctor no le dijo del cigarro , el doctor le dijo de... porque... él le dijo que si podía tomarse una cerveza , entons le dijo xxx

E: Sí pero , eso no , eso se debe evitar de preferencia

P2: Tu le preguntastes y te dijo , si puede tomar su medicamento pero xxx para que vea que es xxx

E: Una coronita en ayunas xxx y unos chilitos rellenos

P: xxx mucho le puede dar xxx no se aguantó nomás xxx

P2: Pero el cigarro no

P: xxx

E: El cigarro sí de preferencia como le dije hace rato le puede afectar porque...

P2: Me habían comentado

E: El cigarro sí de preferencia le puede afectar un chorro de... cosas , este... , el cigarro se te va directo al pulmón de preferencia e , a parte más cosas pero pos xxx fumar , entonces si usted está fumando xxx puede tener más problemas aparte de aquí entonces usted se va , a reiniciar varios tumor más que xxx uno o dos pero el cigarro si debe de...

P2: Mire xxx

P: xxx

E: Ya ve , xxx al doctor Rodríguez que tal si voy y le digo que , que él le dijo usted , y ah (risa) , igual y ya no se acuerda y xxx me mandaron a un curso , se anda paseando

P: Sí...

P2: Ah , usted anda paseando

E: Ah me mandaron a un curso , y este este ... eso es todo , todos los cuidados que tiene que seguir , usted la familia deben apoyarlo mucho , ayudarlo , si él quiere caminar que salga a caminar , si quieren llevarlo a pasear xxx , pueden llevarlo , este (...)

P: xxx

E: Sí

P2: xxx

E: (Risa) xxx a las dos de la tarde

P2: Y usted es bien desobediente , no obedece ,

E: No le hacen caso , no pero es por su bien por eso tómese el medicamento

P: No sí está bien

E: Por eso el medicamento le decimos , a que es , son cada ocho horas pero siempre le decimos desayuno comida y cena para que en la noche , no se molesten , no porque a ve's nos dicen no es que pude dormir anoche y lo despiertan a las tres de la mañana

P2: Claro

E: Para darle la pastilla pos no es respetar el sueño ,

P: Como no

E: Entonces por eso siempre es en el desayuno la comida y la cena o sea son cada ocho horas , si es cada doce pos es desayuno y cena ,

P2: Mmm

E: Sí y si son cada veinticuatro pos en la comida , para que no tome mucho la gente tantas pastillas en una sola comida

P2: Mjm

E: Y para que se separe

P2: Mjm

P: Tá bueno

E: Pos eso es todo don José

P: Ah xxx

E: Este... , si tienen una duda como quiera pueden ir aquí con nosotros para
consulta... de clinica del dolor:

P: xxx

Fin de la consulta

CLÍNICA DEL DOLOR AUDIO # 6 consulta enfermera-paciente
mujer-mujer

P: No pos a estado todo tranquilo toda la cuando me salí de aquí xxx pero ya
después xxx cuando ya llegue a fallecer xxx me dice que me levantara

E: ¿Oiga y cuando cumple años?

P:

E: por eso siempre hay que dar

Entrevista # 1

E: enfermera

P: paciente

Lado B

M-H

E: ¿Cómo amaneció? bien muy bien

:

E: ¿Le falta agua?

P: le falta agua

P: M Ya

E: Un poquito la mano

P: Nada más que

E: Porque está a presión

P: Nada más que este

E: Qué tal ah lo estira mucho

P: Como que este me lo anduve componiendo , pero se me puede caer encima

E: Ora sí le apretó

P: Sí

E: Es que a veces se barre , necesita poner los pies hacia arriba si no se la van
inchar

P: Mjm

P2: A ver pérate

E: No lo han venido a ver señor?

P: Nadie (risa) , no se pega

E: No , se pega más , entre más se moje se pega más

P: A okey

E: Sí quiere aprovechar para bañarse de una vez , porque le van a venir a hacer la función y salga muy guapo

P: Orale

E: (Risa)

P: Tá bueno

M-M

E: Este y sí comió bien

P: Si

E: Y durmió bien

P: Sí si dormí bien

E: Se siente así sin ganas...

P: sí este

E: Mjm , ¿mañana la plaqueta , y donador si tiene?

P: Ya ya fue ya encontré

E: ándele que bueno

P: Y ya lo tengo

E: Ajá ¿tiene reposo verdá? , sí , la baño Martha

P: Sí

P2: Sí se podría sentar pero ,

E: No mejor hasta que le pase las plaquetas mejor ya , este a ver si nos dan permiso

y

P: y este y ya

E: Sí

P:

E: Bueno ,

P: tá bien como quiera ,

E:

P: tenemos dos pero

E: Ajá

P: Dijeron que

E: No pues primeramente Dios va ver que sí

P:

E: Así es

P: Con la quimioterapia ya ve las

E: M... , y luego si no come pues más se va' sentir débil

P: Ayer comí

E: ¿Si comiste , o ya no comes? , si come

P: Ayer

E: Así

P2:

E: Mjm

P2:

E: Ajá , okey hay que dejar de comer aunque sea poquito

P2: Aunque sea poquito ¿vedá?

E: Así es ,

P2: Y ahorita 'stoy tratando

E: Y no le duele nada

P: No

E: Así , la pancita , la

P: No gracias a Dios no

E: Ajá ,

P: Y he' stado evacuando , batallaba para evacuar ,

E: Ajá

P: Y orita ya he hecho dos tres veces

E: Mjm , que bueno porque ya ve que necesita estar acostada

P: Y orita me están dando para el estreñimiento pero no me la tomé porque ya hice

E: Aja y luego le va' dar la alergia

P:

E: No tome agüita , mmm

P: y orita me va a dar la

E: Es natural ¿verdá?

P:

E: Está bien , es que vengo a platicar con Lorena

P: Sí ¿verdá?

E: No la veo estoy allá con un paciente de

P: Y tiene muchos pacientes

E: M... no es aquí

P: Pero cuando tá todo lleno

E: Todo lleno pos será entre semana , las visitas y rayos X , laboratorio

P: Tá lleno sábado y domingo

E: Sábado y domingo descansan sí y no , no

P:

E: Mjm

P.

E: Sí así es

P:

E: Mjm , ... iba a canalizar a los pacientes sino al rato que te toque con el medicamento

P:

E:

P: Se acuerda allá estaba

E: ¿Quién?

P:

E: Sí nos acostumbramos a ustedes

P:

E: Mjm , tiene que echarle muchas ganas y primeramente Dios

P: ¿vedá?

E: Mjm (se corta la grabación)

P: esta muchacha

E: Mande ,

P2: No tiene una... hoja pa plaquetas

E: Pues para mañana , es que no tiene donador de plaquetas ,

P2: No o sea para otro , otro donador

E: A van a ir a donar plaquetas entonces es con trabajo social , trabajo social te va a dar una solicitud , y va a la treinta y cuatro

P:

P2: Orita me va hablar

E: Mjm

P: Si no puede venir mañana por ella

E: Tonces en un ratito más vengo , eh , para ponerle el medicamento

P: Ándele adios

E: Doña Mary , le voy a poner medicamento

P: Sí , qué es

E: Ranicidina trimetrazol triconazol , ... , y le va faltar ... , ese un ratito más voy por él

P: Sí

E: el medicamento , ahorita que venga el doctor , no duele ,

P: No duele ,

E: Este ahí está pasando , se va terminar este y orita le pongo el otro medicamento ,

P: Mjm

E: Doña Mary , ¿la bañamos? , se quiere bañar o mejor

P: No orita no mejor cámbieme las sábanas

E: Le cambio las sábanas , sí

P: Me siento muy bien

E: Bueno , entonces no la , bañamos ,

P: Sí

E: Ajá y no ha venido el doctor , y le comentó

P: Ya que unas plaquetas

E: Ah , qué le dijo que sí le hacen falta las plaquetas ¿verdá?

P: Sí , que traigo , que traigo cincuenta

E: Ándele , entonces ¿y donador ya tiene?

P: Sí ya están ahí en las personas

E: Si quiere las esperamos a pasarle a las plaquetas y luego ya la movemos

P: Sí

E: Sí , así le hacemos , ándele , ya se terminó el medicamento se lo voy a retirar ,
tiene un sellito , acá está , mande ,

P3: Este , de una vez ,

E: Sí doctor , ya , ándele , nada más déjeme traerle una gasita porque sangra mucho de ahí del catéter (ruido)

E: Levante el pie , a ver ,

P: (risa) Gracias que detalle

E: Y de abajo también de aquí abajito también , una dos tres , (ruido) , no nos quedamos las horas

P: Quepo o no quepo

E: Usted no haga corajes

E2: Mira ahí te voy , (ruido)

E: M... , ya nos quedamos , qué vamos hacer , ¿m?

E2: mira ahí te voy manita (risa) una dos tres , (ruido) ,

E: A ver , hay que comentarle a la gente ora estamos atoradas (ruido)

E3: Lupita ahí está la ...

E: Sí orita le doy la sopa cuando ya se cambie , para que se bañe y llevarla a ,

E3: Y en qué la cama

E: Mande ,

E3: ¿La cama?

E: Por eso le digo déjame checar con la jefa a ver si hay camas , sí , ándele , a la ventana , bueno

E3: No se queda , pero no se queda

E: Bueno , ándele sí ta bueno , (ruido) , (se corta la grabación) , doña Mary le voy a poner este el medicamento que va antes de las plaquetas para succión

P: Yo no porque estaba encima na'más

E: El qué , a okey , no tiene

P: ...

E: María de la Luz.

P: Mjm

E: Vamos a pasar el nizol y nidamida

P: Mjm ,,

E: No le duele

P: No

E: Con el medicamento que le puse la... ¿no se le quitó la náusea?

P: Muy leve

E: Muy leve , pero no ha vomitado ni nada

P: No nada

E: Ándele que bueno , sí

P:

E: Sí ,, ¿le duele?

P: No ,, M mjm

E: orita le cambio las cintas

P: Sí

E: le ... con las plaquetas

P: ¿vedá?

E: Sí , ya son las seis pero uno está aquí para darle duro

P: (Risa)

E: Bueno orita en un ratito se termina doña Mary

P: Sí .

E: Mientas se le acaba el medicamento , bueno que se termine y al ratito vengo y le pongo el medicamento

P: Sí

E: Bueno mire 'un ratito vengo , eh , ándele , ... (ruido)

P:

E: Este , déjeme traigo un catéter para irrigar , porque este , y durmió bien ,

P: Más o menos con pesadillas , es que siempre me tapan las sábanas ,

E: Ajá , sí verdad

P: Mmm (ruido)

E: Voy a traer el no quiere pasar (ruido) , ¿no le duele sí le aprieto aquí?

P: No

E: Listo en un ratito se termina ¿eh?

P: Sí

E: Ahorita vengo ,

P:

E: como para ... y no se vaya' tapar ¿verdad? (se corta la cinta) , (ruido) , orita la baño
y como ve?

P: Sí

E: Le voy a levantar la cabeza , el agua está bien así , más fría o más caliente ,
¿quiere más caliente? , ¿está bien así? , (ruido) , ahí va orita el agua , (ruido) ¿sí
está calientita el agua?

P: Sí (ruido)

E: Aquí nos espera , tá bien el baño verdá?

P: Mmm

E: Alze tantito su cabeza , (ruido) ,

P:

E: Ahora qué igual , le voy a quitar la sábana para que (ruido) , (otras voces de una conversación contigua) una manita , estire la pierna , (otras voces de una conversación contigua) , orita le vo'a quitar la bata mojada , se puede voltear de ladito , (ruido) , y la cadera más , un poquito más para allá Mary , eso es , así para poder este ,

P: ¿Eh?

E: Voy a terminar , (ruido) , (otras voces de una conversación contigua) , (ruido) , listo Mary ahora se va venir par'acá así de ladito , (ruido) , de ladito , no se me vaya a caer ¿eh?

P: No

E: Tenga cuidado , (otras voces de una conversación contigua) , (ruido) , lista Mary , ya se puede acomodar ya , (ruido) ,, listo Mary le pongo el cobertor

P: De arriba no

E: De arriba no

P:

E: Sí

P: si la acomoda por favor , me sube la cama un poquito

E: Le subo la cama

P: Un poquito

E: Ahí , listo

P: Tá bien

E: Tu eres la que andaba buscando , Doña Mary le vo'a poner medicamento

P: Sí

E: ¿Y le acaba de empezar el dolor de la garganta?

P: Fí'ate , noté que en la mañana que almorcé al comerme un pan bimbo , me dolió

E: Le dolía

P: Me dolió

E: Ajá , orita le digo a la doctora

P: Me doió esto de aquí así

E: Ajá , al tragar la comida ,, las pastillitas después de la comida , luego le vo'a aplicar
el trometrazol

P: Mm ,, ahí cortale ,,

E: ¿No le duele , no?

P: No

E: Le voy a poner sin y cuando se termine le vengo a poner el , el otro medicamento ,
sí , la inyecto sí , ahí está pasando ,, listo doña Mary ahí quedó . y orita le aviso al
doctor para que venga y la ¿sí? ,

P: Sí

E: Comper , (se corta la grabación) , Mary buenos días le vo'a dejar el xxx de aluminio
antes de los alimentos estoy recortando la dieta , ¿cómo amaneció?

P: pos ahí más o menos

E: ¿Por qué , no durmió?

P: No dormí ,

E: Ajá

P: estaba toda con temperatura

E: Mjm , ya consiguió el donador

P: Ya

E: Ya está allá , ándele que bueno ,

P:

E: Pos orita que venga el doctor le comentamos y el dolor de garganta , ¿no se lo quitaron?

P: De la garganta desde ayer

E: Ajá , no pos vamos esperar la visita para ver qué dice el doctor ¿sí? , este y al ratito la bañamos si está con temperatura , y no taparse , ¿eh? , quitarse el cobertor

P: No me quiero bañar porque

E: No se quiere bañar , bueno aunque sea un toallita aquí en , ¿sí?

P:

E: Mjm , bueno pus entonces esperamos al doctor , con permiso (se corta la grabación) ,, mamá vamos a secarla , ¿tiene termómetro verdá aquí? (ruido)

P: Como que quiere llover

E: Ahorita sí ,, trae la presión baja , ¿no comió?

P: No

E: ¿Le quito ya el termómetro? ,

P: Mm

E: Trae temperatura también oiga ,

P: Sí

E: ¿La baño sí? , con agua

P: ¿Con agua tibia?,

E: Tibiecita ¿sí? , entonces para que vaya preparando el jabón y... , este el champú
ahorita vengo

P: Mjm (se corta la grabación)

E: Mary le vamos a poner xxxnina trae la presión baja ,

P: Sí

E: Eso nos v'ayudar para aumentarle su presión ,, (pillidos) ,, ya está Mary ahí ya está
pasando entonces la voy a bañar ¿sí? ,

P: Sí , y lueo acaba siendo (pillido) ,, está bien ,, ¿todavía está sola?

E: Sí estoy sola , ¿como ve? ,

P: No iba venir

E: No vino , (pillido) , iba venir Ángeles , pero siempre no , se reportó que no iba'
poder , pero orita termino ¿verdá?

P: Sí

E: Bueno , entonces lista para el baño ¿eh? , (ruido) , (fin de la grabación del lado b)

Lado A Inicia a los 5 minutos aproximadamente.

E: Le vo' bajar la cabecera Mary , orita la volvemos a acomodar , así ¿verdá? , la volteo ¿sí? , si me lo permite , estará bien ahora ¿sí? ,, en su cabeza Mary ,, cierre sus ojitos eh no le vaya a caer agua ¿sí? , xxx cierre sus ojitos le voy a lavar la cara ,, le vo'a descubrir el pecho

P: Mmm

E: Le vo'a quitar la batita , está rica el agua ¿verdá?

P: Sí

E: No está ni , tan caliente ni tan fría , y orita le checamos la temperatura , si como quiera no se vaya a poner el , cobertor ¿eh? ,, présteme su brazo así xxx ,, ¿y qué le dijo el doctor Mary?

P: Que me van poner e la quimioterapia

E: De la quimio , ¿cuándo le pusieron la quimio?

P: Toda la semana pasada

E: A sí , ¿estuvo internada?

P: Sí

E: M ,

P:

E: Ajá ,, ¿y de la garganta qué le dijo el doctor?

P: Pues , dijo que no traía irritación

E: ¿No?

P: Ahora que me afectó mucho , ahora sí bastante agua tome y tome

E: Mjm , ¿no desayunó verdá?

P: No ,,

E: Ahora se va voltear de ladito Mary , si quiere , ¿la toalla xxxNorma? ,

P2: ¿Dónde quedó? , ¿no sabes dónde quedó?

E: Para quitarle la bata , irla secando ,, está es la sábana que traía

P: Mjm , sí

E: Okey si quieres ponle la , la toalla para irla secando , así , y la vamos secando sí mientras que yo pongo la sábana , tenga cuidado Mary ,, nada más se va quedar con la pura batita ¿eh? , no la voy a tapar ,,

P:

E: ¿Qué Mary?

P:

E: Ah , sí orita que la voltee para secarla , del otro lado ,, un poquito más para allá Mary para quitar la sábana , o si vengase para acá va'star al borde la la sábana así cuidado con el ,, cuidado ,, listo Mary ya se puede voltiar ,, la bata ,, tiene talquito crema , aquí tiene desodorante y listo bueno , orita vengo e ,, (se corta la grabación) , Mary la vamos a bañar otra vez sí se va quitar la almohada , quitamos xxx , le voy a bajar tantito la cabecera , jabón tiene ,, le quitamos la batita ,, cierre sus ojos para que le lave la cara , ¿no está fría el agua? , xxx la mojó

P: Como que me quiere doler la garganta

E: La garganta otra vez , y orita que vino el doctor ¿le... , comentaste? ,

P: Sí xxx

E: Sí está bien , a ver otro brazo , (ruido) ,xxx ,

P: xxx el señor de xxx

E: ¿Ya le dio frío?

P: xxx , ya v'hacer limpieza

E: Sí (ruido) , (inaudible) ,, listo Mary ora se voltea para acá ,, (inaudible) , ahí ,, Doña Mary , no quedó... , me trata de conseguir un fondo , ¿sí?

P: No xxxx

E: Sí ¿verdá? , orita le voy hacer la curación del cateter , a ver voy acomodar xxx , orita vengo ,, le voy a quitar el parchesito si , (ruido) , no vaya a mover sus pies ¿eh? naturalita , ¿comió poquito Mary?

P: Una manzana y cereal xxx

E: Ajá , sí (ruido) ,, xxx ,

P:

E: Sí... ,

P:

E: No no , (ruido)

P: no los ve uno

E: Sí ,, al ratito le vengo a poner su medicamento ¿le subo la cabecera?

P: Sí

E: Al ratito vengo , bueno , (se corta le grabación) , le vengo a poner el medicamento
,, ahorita que se termine ese le vengo a poner los demás ¿sí? , ándele ,, Mary le
voy a tomar la xxx

P: ¿Mande?

E: La presión y eso ,

P: Sí

E: (inaudible)

P: Sí

E: Está bien de la presión

P: Cuanto tengo

E: Ciento veinte ochenta , orita le voy a dar un medicamento ,, pero con todos los medicamentos o... , hay cierto

P: No con los antibióticos

E: Con los antibióticos , se le baja la presión ,

P: Cuando me voy a dormir xxx

E: Y ya le ha comentado al doctor

P: Le he comentado al doctor pero o xxx le he comentado a él

E: Ajá ,

P: xxx

E: L vo'a quitar el termómetro

P: Sí , xxx

E: ¿Le bajo la cabecera? ,, (ruido) , ahí

P: ¿Cuánto tengo?

E: Treinta y siete

P: Esta abajo

E: Sí , bueno así

P: Sí me acomoda...

E: La almohada , se la pongo o...

P: Pásemela acá

E: Bueno , listo Mary , orita vengo

P: No se lo dieron xxx

E: No voy por él ,, así gracias (se corta la grabación)

P: Sí a qué hora me van a quitar el catéter

E: Ahorita viene el doctor , a okey , ¿Mary le dejo su lectura? , que ya me la mandaba pedir sí , (risa) , muy bien , bueno , listo , ya no le duele tanto la gar...

P: No , cuando... poquito nomás

E: Ah , en la xxx , que bueno doña Mary , sí , en su casita se cuida ,

P: Mjm

E: Bien , bueno vamos a seguir , no hay nada no ,

Fin de la entrevista

