

Rechazo de los pacientes del cuidado enfermero

Óscar Alberto Beltrán Salazar¹

Resumen

Objetivo. Describir el significado que los pacientes dan a la experiencia de rechazar el cuidado de enfermería. **Metodología.** Investigación con enfoque fenomenológico realizada en Medellín (Colombia) en 2009; incluyó a 12 personas entre 27 y 54 años que estuvieron hospitalizadas. La entrevista en profundidad se utilizó para la recolección de información. Los datos se analizaron según el esquema propuesto por Cohen, Kahan y Steeves. **Resultados.** Los pacientes rechazan el cuidado cuando el personal de enfermería no les dan importancia, los castigan y maltratan, exhiben exceso de familiaridad, tienen falta de liderazgo y de conocimientos, cometen errores o son descuidados. **Conclusión.** Los comportamientos de los enfermeros no acordes con los principios disciplinares motivan el rechazo del paciente en el cuidado, y desprestigian el arte de la enfermería.

Palabras clave: atención de enfermería; humanización de la atención; relaciones enfermero-paciente; investigación cualitativa.

¹ Enfermero Especialista en Enfermería Cardiorrespiratoria, Magíster en Enfermería y Doctorando en Enfermería. Profesor de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, Colombia. email: oscar4242@tone.udea.edu.co

Subvenciones y financiación: artículo producto de la investigación "Significado de rechazo de los pacientes al cuidado de enfermería", realizada en Medellín, Colombia entre 2008 y 2009, financiada con fondos propios.

Conflicto de intereses: ninguno a declarar.

Fecha de recibo: 4 de junio de 2010.

Fecha de aprobación: 16 de mayo de 2011.

Cómo citar este artículo: Beltrán O. Rechazo de los pacientes del cuidado enfermero. Invest Educ Enferm. 2011;29(3): 343-352.

Patient's rejection to nursing care

Abstract

Objective. To describe the meaning patients give to the experience of rejecting nursing care. **Methodology.** Phenomenological approach research, carried out in the city of Medellín (Colombia) in 2009. 12 inpatient adults between 27 and 54 years of age were interviewed in depth. Data was analyzed according to the scheme proposed by Cohen, Kahan y Steeves. **Results.** Patients reject nursing care when the staff don't care about them, punish and mistreat them, are excessively familiar, lack of leadership and knowledge, make mistakes or are negligent. **Conclusion.** Nurse's behaviors not according to the discipline principles motivate patient's rejection of care, not contributing to the art of nursing.

Key words: nursing care; humanization of assistance; nurse-patient relations; qualitative research.

Rejeição dos pacientes no cuidado do enfermeiro

■ Resumo ■

Objetivo. Descrever o significado que os pacientes lhe dão à experiência de recusar o cuidado de enfermagem. **Metodologia.** Investigação com enfoque fenomenológico realizada em Medellín (Colômbia) em 2009, na que se entrevistaram a profundidade a 12 pessoas adultas entre 27 e 54 anos que estiveram hospitalizadas. Os dados se analisaram segundo o esquema proposto por Cohen, Kahan e Steeves. **Resultados.** Os pacientes recusam o cuidado de enfermagem quando o pessoal não lhes dá importância, castigam-nos e maltratam, exibem excesso de familiaridade, têm falta de liderança e de conhecimentos, cometem erros ou são descuidados. **Conclusão.** Os comportamentos dos enfermeiros que não sejam conformes com os princípios disciplinares motivam a rejeição do paciente no cuidado e não contribuem à arte da enfermagem.

Palavras chave: cuidados de enfermagem; humanização da assistência; relações enfermeiro-paciente; pesquisa qualitativa.

Introducción

Los momentos que los enfermeros y los pacientes utilizan para llevar a cabo el cuidado son considerados por Watson¹ como “transicionales” porque permiten a ambos participantes mejorar, contribuyendo a su bienestar físico y mental; sin embargo, en determinadas condiciones, también contribuyen al malestar. Según la misma autora, el cuidado enfermero “requiere de conexiones espíritu a espíritu en el campo de la conciencia entre ambos participantes”; otros autores plantean que también exige “empatía, amor, confianza, calidez, credibilidad, concertación, respeto y comunicación”.² Estos requerimientos solo pueden ser cumplidos en el marco de una relación persona a persona,³ o de una interacción humana, que es el requisito fundamental para el cuidado enfermero. En relación con la calidad y la humanización del cuidado, los pacientes deben ser vistos como seres humanos dignos y respetables que participan en la identificación y resolución de sus propias necesidades.

Alcáraz *et al.*⁴ afirman que en la actualidad “los enfermeros no establecen relaciones intersubjetivas para el cuidado”, es decir, que “no dan cuidado directo” porque “el tiempo para realizar la labor de enfermería se dedica a actividades administrativas; otras podrían ser realizadas por

una secretaria”. En estas condiciones, el cuidado se delega a las auxiliares de enfermería y a los familiares “dejando el cuidado enfermero en un segundo plano”.⁴

El énfasis de los hospitales hacia el estudio y tratamiento de la enfermedad ha hecho que los enfermeros olviden considerar la individualidad y las diferencias específicas de los pacientes,³ igualándolos a la enfermedad. Además, los enfermeros atienden las demandas e imposiciones médicas, con lo cual el cuidado integral de las personas se ha distorsionado,⁵ empobreciendo las acciones cuidadoras de enfermería,⁶ lo que ha tenido claras repercusiones en la satisfacción y aceptación de las mismas por los pacientes, e incluso ha promovido manifestaciones de rechazo hacia el cuidado enfermero. Según Rivera y Vega⁷ “se maneja al paciente como órganos y enfermedades desde una filosofía mecanicista y reduccionista olvidando la dimensión social, emocional, espiritual del ser humano”. Este enfoque del cuidado enfermero está en franca contradicción con los planteamientos de la disciplina respecto a que se debe “ofrecer un cuidado único, particular y de calidad basado en el desarrollo de los patrones de conocimiento planteados por Carper”.⁷

Este estudio tuvo como objetivo describir el significado que le dan los pacientes a la experiencia de rechazar el cuidado enfermero.

Metodología

Estudio con enfoque fenomenológico, el cual incluyó a doce personas entre 27 y 54 años de edad, con estudios universitarios, que hubieran estado bajo el cuidado enfermero con motivo de hospitalización por enfermedad. La selección se hizo por muestreo “teórico”⁸ con “propósito”, esto es “seleccionar el mejor informante para los requerimientos del estudio”.⁹ Las entrevistas en profundidad se utilizaron para recolectar la información;¹⁰ tuvieron una duración entre 60 y 90 minutos, y terminaron cuando expresaron no tener nada más que decir. Estas fueron grabadas privadamente y, a continuación, se transcribieron fielmente.¹¹

Para el análisis de la información se siguió el esquema de Cohen, Kahn y Steeves,¹² quienes plantean que se inicia durante la primera entrevista, seguido de una inmersión en los datos mediante la lectura de las transcripciones y del análisis línea por línea para seleccionar temas y ejemplares; a continuación, los temas más significativos en las entrevistas se separaron y se realizaron memos y diagramas sobre cada uno.

A su vez, se realizó una búsqueda bibliográfica sobre la narrativa de la experiencia, que describió lo que reflejaban los temas en relación con la experiencia de los participantes.¹² Este estudio se llevó a cabo en Medellín (Colombia) entre marzo de 2008 y abril 2009. El investigador principal realizó la recolección de la información, conservando la mayor fidelidad de los datos en la transcripción. En el análisis de las entrevistas se tuvo en cuenta el punto de vista de los participantes, quienes “expresaron su experiencia en su propio lenguaje para hacerla visible”.^{6,13} En la interpretación, se muestra la preocupación del investigador de reflejar la realidad y mantener la concordancia con lo expresado por los participantes; esta concordancia fue determinada “volviendo a los sujetos para darles a conocer y permitirles validar los hallazgos de la interpretación”.^{12,13} No se realizaron genera-

lizaciones a partir de los datos y todas las entrevistas se consideraron de igual importancia, sin dar preponderancia a los datos por razones de poder social, riqueza, nivel educativo o militancia política de quien los expresaba;¹⁴ los casos negativos sirvieron para contrastar y dilucidar la presencia de nuevos patrones en la información.¹⁵

Los participantes fueron libres de decidir su participación en el estudio y no se ofrecieron remuneraciones económicas ni de otro tipo; tampoco fueron sometidos a intervenciones que estuvieran relacionadas con este estudio y la única forma de interacción con ellos se llevó a cabo durante la realización de las entrevistas o la lectura de la narrativa; además, recibieron las explicaciones que consideraron necesarias; de ahí su consentimiento. Por otra parte, se protegió su privacidad y la confidencialidad de la información obtenida evitando el uso de nombres propios. Para el efecto, se diseñó un sistema de codificación que identificó a cada una de los entrevistados.

Resultados

El rechazo de las personas al cuidado enfermero se relaciona con el tipo de interacciones que establecen estos profesionales, las actitudes que asumen y las respuestas que ofrecen a los pacientes. Estos valoran los comportamientos y responden con la no aceptación o rechazo al cuidado, además de expresar diversas reacciones y emociones, como rabia y ansiedad.

Minimizar y no dar importancia. Para el cuidado de los pacientes cuando presentan determinados síntomas asociados a la enfermedad, se requiere que los enfermeros hayan desarrollado cierto grado de confianza y consideren válidas y reales las necesidades expresadas por ellos en forma verbal o no verbal. Muchas veces los síntomas no son verificables con facilidad, por lo tanto no se les otorga la debida importancia: *Pero usted no puede pasar por la experiencia de dolor que tiene el otro* (E1p4).

Minimizar y no dar importancia a las manifestaciones de los pacientes lleva a falsas valoraciones,

incorrectas inferencias y a decisiones erróneas: *No creerle al paciente es una cosa muy grave; si él tiene dolor es que tiene dolor; el dolor no lo siente sino la persona que lo está sintiendo, que para uno es mucho y para el otro es poco* (E1p4). Como consecuencia, se toman decisiones para el cuidado que no resuelven los problemas manifestados, y que no son pertinentes ni oportunas. Desconocer las necesidades de los pacientes, equivale a aceptar que estuvieran condenados a padecer situaciones factibles de atender: *Con la parte del estreñimiento, que a veces no le paran bolas y los pacientes se quedan mucho tiempo acostados y la sensación que se tiene de plenitud y esa incomodidad tan grande* (E1p4). El tiempo pasa y los problemas no identificados y a los que no se les ha puesto la debida atención permanecen sin resolver, con la consecuencia de una clara contribución del enfermero al malestar y al sufrimiento del paciente. Palabras y frases estereotipadas tales como “no pasa nada”, “todo está bien”, y “quédese tranquilo”, son utilizadas frecuentemente para mostrar que no se tiene en cuenta lo que siente o piensa el paciente: *Que no le crean a uno del dolor y del estreñimiento, ¿cómo le dicen a uno, pues, que esté tranquilo?* (E1p4).

Ahora bien, algunas medidas terapéuticas que se implementan por otros profesionales en un intento por resolver los problemas no producen los efectos esperados, por ejemplo, cuando un medicamento ordenado por el médico no es el indicado o cuando la dosis no es la adecuada: *Me pusieron de todos esos analgésicos que había, pero yo seguía sintiendo dolor y la gente no cree lo que uno siente* (E1p4). A partir del supuesto de haber hecho algo o aplicado una medida, los enfermeros niegan a los pacientes el derecho a sentir y no consideran la posibilidad de que la medida utilizada no fuera la indicada. Expresiones como “ya le pusimos” o “ya le apliqué” sirven para cortar el diálogo con las personas y son asumidas por los enfermeros como explicación válida, mas esta no es compartida comúnmente por los pacientes: *La recomendación de que no le está doliendo, eso de que le pusimos droga no es verdad* (E1p4).

Por otra parte, los errores cometidos por los enfermeros en la planeación, no se reconocen ni se

resuelven satisfactoriamente y cuando los pacientes se quejan, se interpreta como una circunstancia que rompe la tranquilidad a la cual, según el parecer de aquellos, tienen derecho. Además, atribuyen intenciones y comportamientos irreales a los pacientes, como pensar que son somatizadores cuando en forma repetida solicitan la administración de medicamentos, como en el caso de los analgésicos, o solicitan atención por dolor o incomodidad: *La gente cree que siempre los pacientes están siendo adictos* (E1p4).

Castigar y maltratar. Ciertos comportamientos, gestos y expresiones de los enfermeros, como regaños, amenazas, muestras de dureza y falta de comprensión son entendidos como castigos que se dan ante las actitudes de los pacientes; incluso son utilizados en forma rutinaria como parte del proceder de los estos profesionales, cuyo resultado son las manifestaciones de rechazo por parte de los pacientes, sobre todo cuando las interpretan como maltrato verbal o físico: *me pegaron una regañada, porque esos no eran pantalones maternos* (E2p3).

Los pacientes otorgan significados a la enfermedad y a sus propios comportamientos, pero también interpretan los comportamientos de los enfermeros en la medida que aquellos no sean considerados agradables. Lo anterior puede llevar a que se den respuestas de rechazo hacia el enfermero o hacia la intervención que este lleva a cabo: *Una actitud impositiva, arrogante, sin explicar los procedimientos; sin llegar de una forma cálida a la persona muy posiblemente debido a la inseguridad y a su poco conocimiento; esa era su forma de defenderse* (E10p3).

Aun enfermos, los pacientes pueden distinguir lo que les agrada o desagrade de los enfermeros encargados de su cuidado, ya sea por el lenguaje corporal como por la comunicación verbal y no verbal: *En eso deberían trabajar porque yo sé que muchas de esas actitudes generan rechazo* (E10p3).

Exceso de familiaridad. La relación entre enfermeros y pacientes no tiene la intención prioritaria de ser una relación de amigos o de carácter social. Por lo tanto, la forma de tratar a las personas

que tenga en cuenta la consideración y el respeto es necesaria. En este punto coinciden también los participantes en sus descripciones: *Venga mamita, papacito, no sé, mi amor abra las piernas que le voy a hacer una citología; pues no, eso me parece que me estuvieran haciendo otra cosa* (E1p9). Los términos de exagerada familiaridad en los diálogos utilizados por los enfermeros son interpretados como manifestaciones de irrespeto y contribuyen al rechazo que se presenta durante las prácticas de cuidado: *Me parece muy feo, no me gusta que me digan mamita, mi amor, macita, venga pues eso no la va doler* (E1p9).

Falta de liderazgo y conocimiento. La falta de liderazgo y ciertas actitudes de inseguridad, escasa capacidad para tomar decisiones o pocos conocimientos de los enfermeros durante su desempeño laboral, despiertan desconfianza y rechazo en los pacientes: *Hay un desconocimiento de que van a hacer y les da miedo* (E12p3). A este respecto, los pacientes esperan que los enfermeros demuestren experiencia y den solución a los diversos problemas en el cuidado: *Ella puede que conozca, sepa y pueda decidir y lo pueda hacer, pero no lo hace por miedo, porque no es capaz de afrontar una situación con el médico* (E12p3).

El cuidado enfermero involucra órdenes interdependientes y también una serie de procesos que se pueden realizar en forma independiente para dar respuesta a los problemas de los pacientes. Sin embargo, en el esquema organizativo de los servicios de salud basados en la hegemonía médica, en el cual las intervenciones de enfermería están sujetas a la aprobación de otros profesionales, hay restricciones en grado variable sobre las decisiones que deben tomar los enfermeros, restándoles autonomía profesional.

Los pacientes, según su criterio, esperan que los enfermeros permanezcan las 24 horas del día a su lado, para recibir respuestas oportunas a sus demandas. De lo contrario, si permanecen mucho tiempo ausentes, también se genera rechazo hacia el cuidado de enfermería: *Es la ausencia o puede que esté ahí, pero no conoce, no sabe qué puede hacer o no es capaz de decidir sobre una cosa que puede decidir sola* (E12p3).

Cometer errores. La calidad del cuidado, la defensa de los derechos de los pacientes y la seguridad de los mismos son componentes ineludibles del cuidado enfermero; por lo tanto, el rechazo de los pacientes también se presenta cuando hay actitudes de negligencia de los enfermeros en situaciones cuya gravedad no solo es evidenciada por los signos clínicos, físicos o psicológicos, sino que es percibida por ellos mismos y sus familiares: *Lo que a mí me causa tanta molestia y que no me gustó para nada es la actitud de esa persona* (E1p2).

Cometer errores se asocia con frecuencia a fallas en la ejecución de procedimientos, que algunas veces son delegados a los familiares o a los pacientes mismos, con el fin de reemplazar a las personas del equipo de enfermería que deberían brindar el cuidado. Posteriormente, estos procedimientos son registrados en la historia clínica como realizados por este personal: *ellas piensan que el paciente no se va a enterar o no va a coger la historia en algún momento; hay cosas que las llenan mecánicamente* (E7p4).

En ciertas situaciones, no hay cuidado directo por parte de los enfermeros y algunas prácticas del cuidado son delegadas a auxiliares de enfermería o a los familiares de los pacientes, no hay suficiente información para tomar decisiones adecuadas para que el cuidado de enfermería sea llevado a cabo con eficacia. En una Unidad de Cuidado Intensivo con avanzados sistemas de monitoría, mucha de la información obtenida de los pacientes puede servir para la toma de decisiones aun cuando estos no estén conscientes; lo mismo puede ocurrir en una unidad de enfermos mentales o inconscientes. Por eso no hay excusa para no tener en cuenta la información proveniente de los pacientes que están en adecuadas condiciones mentales, cognitivas y perceptuales: *yo me quedé pensando... ¿estas muchachas cómo hicieron para decir cómo había quedado la materna de tal habitación si ellas no volvieron a mirar en qué condiciones estaba yo?* (E2p3).

En muchas ocasiones, los enfermeros se ausentan de las unidades de los pacientes, aprovechando la presencia de familiares, y les confían parte del cuidado: *pero es que está acompañado, entonces pienso que hace que el otro se aleje y haga*

su trabajo más mecánico, más procedimental y menos de ese contacto con el otro (E9p4). El cuidado de enfermería se limita, entonces, a la realización de procedimientos, es decir, al cuidado del cuerpo, y en cierta medida, a llenar formatos. La anterior situación de alejamiento es vista por los pacientes como mala práctica, en la cual se asigna a los enfermeros un papel de llenadores de requisitos: *eso entonces, me pareció que hay cosas que las hacen como por llenar requisitos pero no explican, no hacen las cosas* (E7p4).

Según los pacientes, algunos procedimientos de valoración e intervención son reportados sin haber sido realizados, lo que no está de acuerdo con normas éticas vigentes y, por lo tanto, no es bien aceptado: *Llenan una hoja y dicen que le tomaron los signos vitales al paciente, que le hablaron, que le subieron la baranda; cosas que estando yo con todos mis cinco sentidos, con todos mis conocimientos no vi que hicieron* (E7p4).

En ausencia de interacción humana no es posible realizar ni controlar las intervenciones de cuidado del paciente y, mucho menos, comunicarnos con los mismos. Sin embargo, nada parece escaparse a la mirada de supervisión de los pacientes debido a que está en juego su salud, su seguridad y su propio bienestar; son ellos los que se encargan de controlar su cuidado y la información que obtienen les permite tomar la decisión acerca de aceptar o rechazar las prácticas de cuidado de enfermería: *yo veo que falta mucho como de manejar la presentación y el protocolo* (E1p9).

Ausencia del cuidado. La desconfianza y el rechazo están determinados por la forma de proceder de los enfermeros durante las prácticas de cuidado: *Te sentís desvalido, desprotegido, que sos un objeto y que no te están mirando como persona; no van a satisfacer tus necesidades* (E9p1). En el cuidado enfermero se ponen en contacto dos seres humanos diferentes: el paciente y el enfermero.

En un marco institucional en el que hay esfuerzos colectivos por mejorar la calidad del cuidado, las actitudes que tengan los enfermeros afectarán positiva o negativamente el desarrollo de las propuestas organizacionales: *Los sentí bien desde lo científico técnico, desde la acogida del personal*

de enfermería, excepto una niña del personal de enfermería (E10p3).

Los contactos físicos y verbales entre enfermeros y pacientes son la forma de llevar a cabo el cuidado de enfermería, y es en estos encuentros propios del cuidado donde se da una valoración bilateral: los enfermeros evalúan su estado de salud y sus respuestas físicas y psicológicas y, a su vez, los pacientes valoran las actitudes, el deseo de ayudar, los gestos y disposición de los enfermeros: *Uno lo primero que ve, yo pienso, es la persona que llega y si llega con una cara así, haciendo mala cara*" (E1p3). En este tipo de interacciones, la aceptación y la confianza hacia el enfermero no son gratuitas, sino que deben ser construidas desde los primeros acercamientos, reforzadas a su vez en los contactos diarios. Sin embargo, el rechazo al cuidado también tiene el mismo proceso, y en ocasiones es fácil de lograr: *¿Cómo ella hacía esa pregunta de que qué herida tenía, desde la puerta, con un carro de curaciones oloroso?; entonces dije, ¿Qué herida tiene? Así, machacado y le dije ¿tú recibiste el turno?; ¿cómo se acepta un cuidado así?* (E12 p3). La disciplina enfermera, los manuales de procedimientos y los protocolos y guías de atención contienen claras instrucciones respecto a cómo se deben llevar a cabo las interacciones con los pacientes. En este contexto, el saludo y la explicación son requisitos imprescindibles en las intervenciones de cuidado: *No explicaban, era gente fría; no tenían en cuenta a uno o a la familia* (E7p2).

Presentarse y dar a conocer el cargo y la participación que se va a tener en el cuidado hacen parte de la fase de acercamiento con la que se da inicio a las interacciones del cuidado, lo que le permite al paciente saber que puede esperar de cada miembro del equipo de enfermería: *Nadie dice siquiera el nombre, o la enfermera, no sé si es la enfermera, auxiliares o qué, no sé* (E10p1). Sin embargo, en las descripciones, los participantes del estudio hacen referencia a un trato impersonal y frío que no resulta útil para construir una relación, además causa mala impresión en los pacientes: *Completamente perdida la parte de enfermería, la parte que uno necesita en ese momento, de la compañía, de la calidez, de la*

palabra (E10p1). La frialdad, la falta de diálogo y de las explicaciones necesarias no favorecen la aceptación y la confianza del enfermero, pero si facilitan el rechazo: *allí uno es un objeto al que le están cogiendo una vena, instalando cualquier cosa y hasta luego* (E10p1).

La palabra tiene el poder de ayudar en la recuperación, calmar en la enfermedad y tranquilizar, además, es una forma de transmitir compañía que debe estar presente durante las intervenciones terapéuticas de los enfermeros; los pacientes la necesitan y la extrañan: *Se vuelven como mecánicos, a ir a hacer por hacer, o sea que yo entro y te coloco el medicamento y listo, el contacto es mínimo* (E9p2). Sin embargo, los diálogos, las explicaciones y los encuentros comunicativos no son frecuentes ya que hay una orientación hacia la realización de técnicas y procedimientos en el plano físico, a la atención del cuerpo, lo cual deja de lado a la persona, el espíritu, la mente, los sentimientos y las emociones: *Esa frialdad, esa soledad que se siente porque ellas hicieron su trabajo, te ubicaron, te pusieron una bata, te cogieron una vena y ya; y se van a conversar a cualquier sitio y usted quédese en esa sala* (E10p1).

En estas condiciones y en este enfoque que se le da al cuidado, que viene a ser percibido como “no cuidado”, las compañías posibles del paciente son la soledad y el sentimiento de abandono en momentos en los cuales la presencia de alguien y su apoyo son tan necesarios y anhelados. Todas estas circunstancias influyen en el significado que otorgan al cuidado: *Todo se te viene a la mente, la imaginación te da para todo; fuera de estar analizando la actitud de las personas que lo están cuidando a uno, que no lo están cuidando, sino descuidando completamente* (E10p1). Esto influye en la forma como evalúan las interacciones y a los enfermeros: *Más que rechazar yo creo que fui rechazada. El contacto con el personal de enfermería fue totalmente alejado* (E2p3).

Aparte del trato frío e impersonal, los participantes relataron una escasa respuesta a sus necesidades, que refuerza la percepción de descuido o de no cuidado: *A mí me parece muy horrible que no le paren bolas a uno cuando no da del cuerpo; la gente le decía a uno ino, tranquilita, no le va a pasar*

nada! (E1p4). También, los participantes expresaron que los enfermeros se dedicaban a otro tipo de labores que los alejaban del cuidado directo, por lo tanto no se hacían presentes en las unidades: *Uno todavía ve las enfermeras comiendo chicle, vendiendo revistas en el puesto de enfermería, cosas de aseo y cosméticos, ropa interior; que llegó la señora con la caja de perfumes y todo el mundo está allá pendiente* (E1p9).

Esta situación se propicia por la diversificación de las funciones en las estaciones de enfermería, en los que se da paso al comercio y a las relaciones con personas diferentes a los pacientes y del personal de salud, dejando atrás esquemas de comportamiento formales que definían los hospitales y restringían actividades que alejaran a los enfermeros de las prácticas de cuidado, y que no son bien vistas por los pacientes: *yo no sé, pero es que van a conseguir novio y están en el lugar equivocado* (E1p9). Es obvio que estos comportamientos desplazan la atención de los enfermeros y otros miembros del equipo de salud, lo que conduce al no cuidado, o mejor al descuido: *entonces llegan los pobres pacientes ¿este examen dónde me lo hacen? ¿ese servicio dónde queda? Y la gente está viendo revistas, o sea, pensando en otra cosa y eso no da como imagen ni de la profesión ni de la imagen corporativa que pienso que cada institución debe manejar* (E1p1).

Discusión

La realización del estudio del que trata el presente artículo es compatible con el planteamiento de Watson,¹⁶ en relación con uno de sus factores cuidadosos, que hace referencia a que el cuidado de enfermería debe permitir la expresión de los factores tanto positivos como negativos por parte del paciente, es decir, considerar tanto los indicadores de satisfacción y buena evaluación, como los indicadores de insatisfacción y evaluación deficiente para implementar correctivos.

Los resultados del estudio permitieron ver la influencia que tienen los enfermeros en el fomento del rechazo hacia el cuidado por parte de los pa-

cientes, lo cual no contribuye al arte de la enfermería y no es, en ninguna medida, aceptable si se considera que esta profesión busca contribuir a la resolución de los problemas de los pacientes y no a su agudización mediante el establecimiento de una relación entre enfermeros y pacientes que según Otong y Golub¹⁷ “no es una relación de amigos”; es una relación intencionada y terapéutica.

Minimizar y no dar importancia no está de acuerdo con los planteamientos teóricos de la enfermería para la práctica del cuidado. Henderson¹⁸ a este respecto plantea que condiciones de maltrato incluyen “ignorar, no dar información y tratar en forma irrespetuosa” y que estos comportamientos pueden llevar al rechazo al cuidado y no contribuyen a un servicio de calidad basado en patrones de conocimiento y en la aplicación del proceso de enfermería. Además, no escuchar la información y la queja del paciente o no darle la debida importancia a sus manifestaciones de enfermedad conllevan a una valoración insuficiente, a diagnósticos imprecisos, con lo cual la planeación de la atención no estará acorde con las necesidades y la evaluación solo tendrá la posibilidad de mostrar la ineficacia del cuidado, cuya consecuencia inmediata será aumentar las quejas del paciente a quien se le prolonga el sufrimiento por la deficiente respuesta a sus demandas. Expresiones como “Ya le pusimos” hacen suponer que los enfermeros actúan con el convencimiento de poder resolver un problema, pero cometen la falla de no validar los resultados obtenidos con los pacientes.

Respecto al *castigo y mal trato* reportados por los participantes, también se han manifestado los teóricos en enfermería y han sido reportados en diferentes estudios; Balanza¹⁹ encontró que los pacientes rechazaban el cuidado de enfermería cuando “lo percibían en una dimensión de poder y maltrato”. Este último no es la respuesta correcta para las personas que por el padecimiento de una enfermedad ponen su vida en las manos de los enfermeros; sin embargo, según Infante²⁰ las actitudes del personal de enfermería representan una causa importante de quejas cuando aquellos menosprecian postulados inherentes al respeto y la dignidad.

También, los pacientes consideran que los enfermeros *cometen errores* cuando no dan respuesta a los problemas y no son partícipes de las soluciones o cuando permiten el incumplimiento de funciones por parte de otras personas involucradas en el cuidado. La defensa de sus derechos no solo es asignada a los enfermeros por los postulados propios de la enfermería misma, sino que también es una respuesta esperada por ellos. De la misma forma lo es el cuidado directo y la presencia de los enfermeros al lado de la cama de los pacientes. Por esto último, algunas asignaciones de funciones institucionales, que no son compatibles con el cuidado directo, alejan a los enfermeros de los pacientes, por lo cual no los consideran una fuente válida de información y validación de la evolución y cambios de su propia enfermedad y experiencia, circunstancias que causan desconfianza entre los pacientes. Travelbee³ plantea que se otorga mayor importancia a la enfermedad que a las personas que la padecen; además establecer diferencias entre un paciente y otro, respetar la unicidad y los gustos requiere de tiempo, por lo que para los enfermeros no corresponde frecuentemente a una prioridad en el cuidado, porque ellos “en una posición cómoda optan por no considerar la individualidad y sacrificar la calidad y la humanización”.³

Otros de sus comportamientos, tales como *minimizar y no dar importancia* a los pacientes y a sus manifestaciones de la enfermedad, el trato con *exceso de familiaridad* y el descuido y muchas de las características del cuidado encontradas en el presente estudio, no están de acuerdo con los planteamientos de Carper²¹ sobre los patrones de conocimiento aplicables a él;²² de ellos, el más ausente fue el patrón estético que “conecta con el profundo significado de una situación y mueve a transformarla y resolverla”²³ y según el cual, la práctica del cuidado debe estar cargada de sensibilidad y apertura.

La forma de proceder y actuar de los enfermeros permite construir la aceptación y adherencia de los pacientes siempre que estén acordes con los claros planteamientos de la disciplina enfermera; sin embargo, también pueden contribuir al rechazo al cuidado cuando las prioridades se determinan

con base en el cuerpo, en la enfermedad y se deja de lado a la persona humana con sus emociones y sentimientos. No en vano Travelbee³ plantea que el cuidado de enfermería puede ser rechazado por la forma como es llevado a cabo.

Otro aspecto que influye en la interrelación consiste en la forma como los enfermeros perciben a las personas bajo su cuidado porque, “al contrario de considerarlas como seres humanos, caen en la tentación de verlos como pacientes, como estereotipos en los que todas las personas son iguales a otras,³ lo que puede afectar de manera significativa la interacción con las personas, pues no consideran indispensable tratarlas como un seres únicos y ajustar su plan de cuidados a sus necesidades particulares. Así mismo, también existe la posibilidad de que el enfermero perciba al paciente como “la personificación de una responsabilidad, de una tarea, como si fuera un objeto al que hay que hacerle algo. Su percepción del paciente tiene un impacto en la calidad y cantidad del cuidado que brinda y el afecto con que lo hace, así como la satisfacción que le produce.³ Los teóricos en enfermería como Watson,¹⁶ Travelbee,³ y Peplau,²³ por un lado, han hecho precisiones respecto a la forma como deben ser llevadas a cabo interacciones con los pacientes; y, por otro lado, han hecho planteamientos acerca de lo que no debe ocurrir en el contacto con los pacientes, lo que han hecho explícito en sus definiciones sobre “la reducción humana”³ y “no cuidado”,¹⁸ que hacen referencia a la forma de proceder enfermero que no está de acuerdo con los lineamientos de la disciplina de enfermería ni con los principios éticos que la rigen y que conducen, necesariamente a deficiencias en la realización del cuidado, deshumanizándolo, con lo cual solo se logra el deterioro en la aceptación y adherencia de los pacientes y la insatisfacción de los enfermeros.

La forma de interacción que los enfermeros establecen con los pacientes puede tener una gran influencia en el éxito o en el fracaso del tratamiento, en la aceptación por parte de estos de las medidas de prevención y terapia que se requieren para recuperar la salud y el bienestar y en el grado de satisfacción del usuario en relación con el

cumplimiento de sus expectativas y deseos. De acuerdo con lo anterior, para favorecer el éxito del cuidado, los enfermeros deben trascender los aspectos físicos, es decir, el cuidado el cuerpo y abarcar al ser humano con una mirada holística y única, percibiendo además sus sentimientos y las diferentes respuestas que cada persona elabora ante el dolor y sufrimiento, además demostrar verdadero interés por contribuir a la resolución de los problemas, en ofrecer ayuda y apoyo.

El cuidado de enfermería debe ser personalizado, teniendo como eje fundamental la interrelación enfermero-paciente, en la que aquel se involucra en el contexto inmediato de la persona, pero respetando su mundo, sus sentimientos, creencias y gustos.

En conclusión, los comportamientos de los enfermeros no acordes con los principios disciplinares motivan el rechazo del paciente en el cuidado y no aportan al arte de la enfermería. El conocimiento proporcionado por este estudio permitirá proponer pautas para una atención más humanizada que tenga en cuenta la corrección de los factores y condiciones negativas que obstaculizan su adherencia y aceptación.

Referencias

1. Watson J, Smith M. Caring science and the science of unitary human being: A trans-theoretical discourse of nursing knowledge development. *J Adv nurs.* 2002;37(5):452-61.
2. Ritenbaugh Ch, Swanson K, Quinn J, Watson J, Smith M. Research guidelines for assessing the impact of the healing relationship in clinical nursing. *Altern therap.* 2003; 9(3):A65-A76.
3. Travelbee J. *Interpersonal aspects of nursing.* Philadelphia: FA Davis; 1966.
4. Alcáraz G, Zapata M, Gómez M, Tavera E. Funciones del profesional de enfermería en salas de hospitalización de adultos: tratando de dar cuidado directo. *Invest Educ Enferm.* 2010;28(1):43-53.
5. Merhy E. *Saúde: A cartografia do trabalho vivo.* 3 ed. São Paulo: Hucitec; 2002.
6. Foucault M. *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica.* Buenos aires: Siglo XXI; 2004.

7. Rivera S, Vega P. cuidado holístico: mito o realidad. *Horiz enferm.* 2009;20(1):27-38.
8. Strauss A, Corbin J. Bases de investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar teoría fundamentada. Medellín: Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia; 2002.
9. De la Cuesta C. Cuidado artesanal. La invención ante la adversidad. Medellín: Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia; 2004.
10. Taylor S; Bodgan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 1987.
11. Morse J. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativos. Medellín: Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia; 2003.
12. Cohen M, Kahn D, Steeves R. Hermeneutic phenomenological research. A practical guide for nursing research. Londres: Saac publications; 2000.
13. Nieswiadomy R. Foundations of nursing research. 3 ed. Stamford: Appleton y Lange; 1998. p. 158.
14. Galeano E. Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Medellín: Fondo Editorial EAFIT; 2003.
15. Donella E, Rodríguez P. Más allá del dilema de los métodos. La investigación en las ciencias sociales. 2 ed. Bogotá: Norma; 1997.
16. Watson J. Nursing: human science and human care, a theory of nursing. Boston: Jones and Bartlett publishers; 1999
17. Otong D, Golub S. Nursing care of the client with psychosocial and mental health problems. St. Louis: Mosby; 1997.
18. Henderson V. Podemos dar un papel estelar a los pacientes. *Invest Educ Enferm.* 2000;18(1):125-8.
19. Balanza G. El significado del cuidado de enfermería en la perspectiva del paciente adulto hospitalizado. *Cienc Enferm.* 1997; 3(1):59-68.
20. Infante C. Quejas médicas: la insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad en la atención médica. México: Editores de textos mexicanos; 2006.
21. Carper B. Fundamental patterns of knowing in nursing. *Adv Nurs Sci.* 1978;1(1):13-23.
22. Chinn P, Kramer M. Theory and nursing. Integrated knowledge development. 5 ed. St Lois: Mosby; 1999.
23. Peplau H. Relaciones interpersonales en enfermería. Barcelona: Salvat; 1990.