

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**PERCEPCIÓN DEL PACIENTE DEL SERVICIO
DE CIRUGÍA SOBRE SU RELACIÓN
INTERPERSONAL CON LA ENFERMERA.
HOSPITAL AGUSTÍN ARBULÚ NEYRA-
FERREÑAFE**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**AUTORAS: Bach.: Urpeque Parraguez Nancy Lucía
 Bach.: López Sánchez Fiorella Liset**

Chiclayo, 2014

**PERCEPCIÓN DEL PACIENTE DEL SERVICIO
DE CIRUGÍA SOBRE SU RELACIÓN
INTERPERSONAL CON LA ENFERMERA.
HOSPITAL AGUSTÍN ARBULÚ NEYRA-
FERREÑAFE**

POR:

Bach. Urpeque Parraguez, Nancy Lucía

Bach. López Sánchez, Fiorella Liset

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica
Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Título de:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:

Mgtr. Francisca Constantino Facundo
Presidente de Jurado

Lic. María Olinda Vizconde Campos
Secretaria de Jurado

Lic. Aurora Violeta Zapata Rueda
Vocal/Asesor de Jurado

Chiclayo, Agosto de 2014

DEDICATORÍA

A mi madre. María a pesar de tu ausencia física siento que estás conmigo. Sé que este momento hubiera sido tan especial para ti como lo es para mí.

Nancy

A mis padres, por su amor incondicional, por darme la oportunidad de seguir una carrera para mi futuro. Gracias.

Fiorella

AGRADECIMIENTO

A nuestra asesora de tesis Lic. Aurora Zapata Rueda, por su valiosa ayuda y conocimientos transmitidos en el desarrollo de la presente investigación. Gracias por su paciencia, disciplina y exigencia.

Un agradecimiento especial a la Mgtr. Blanca Loayza Enríquez, por su contribución para la elaboración en la presente investigación.

A todos los participantes del Hospital Agustín Arbulú Neyra por su tiempo y participación en la investigación.

A todos nuestros profesores de la USAT, por su ayuda en nuestra formación integral, por motivarnos a la investigación en la búsqueda de la verdad y del bien común dentro de sólidos principios morales de la iglesia católica.

A todos nuestros familiares y amigos por motivarnos y acompañarnos en esta última etapa de nuestra carrera universitaria.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	12
1.1. Antecedentes	12
1.2. Bases teórico- conceptuales	13
CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO	24
2.1. Tipo de investigación	24
2.2. Abordaje metodológico	24
2.3. Sujeto de investigación	28
2.4. Escenario	29
2.5. Instrumento de recolección de datos	31
2.6. Procedimiento	33
2.7. Tratamiento y análisis de datos	34
2.8. Criterios de rigor científico	36
2.9. Principios éticos	37
CAPÍTULO III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE DATOS	38
Consideraciones finales	82
Recomendaciones	85
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
ANEXOS	89

RESUMEN

La investigación cualitativa con abordaje de estudio de caso, denominada: Percepción del paciente del servicio de cirugía sobre su relación interpersonal con la enfermera. Hospital Agustín Arbulú Neyra. Su objetivo: identificar, caracterizar y comprender la percepción del paciente sobre su relación interpersonal con la enfermera. El marco teórico fue fundamentado en Fabro (1982), para percepción desde la psicología filosófica; Cibanal (2003), para comunicación y relación de ayuda; King (1984), fundamentó con su teoría en enfermería. La metodología fue de estudio de caso según Lucke (1986). Los sujetos de investigación fueron 5 enfermeras y 10 pacientes hospitalizados del servicio de cirugía del Hospital Arbulú Neyra, la muestra se obtuvo por saturación. El análisis fue de contenido, obteniendo como resultado las siguientes categorías: Percibiendo elementos clave de una relación terapéutica durante la relación interpersonal, experimentando buen trato durante su relación interpersonal con la enfermera y percibiendo diferencias en el trato según el carácter de la enfermera. Como consideraciones finales tenemos que los pacientes perciben buen trato basados en la confianza, la empatía y la esperanza de acuerdo a sus demandas de cuidado, elementos que permitieron sentirse en familia sobre todo por el cariño brindado por las enfermeras, aunque también ven diferencias en el trato según el carácter de ellas y frente a determinadas situaciones exigen buen trato ya que de por medio hay un pago para su atención. Se respetaron en la investigación los principios científicos fundamentados en Morse (2003) y los criterios éticos de investigación en Sgreccia (2001).

Palabras clave: Percepción, relación interpersonal, enfermera, paciente

ABSTRACT

Qualitative research with case study approach, called Patient's perception of the surgery on their interpersonal relationship with the nurse. Hospital Augustine Arbulú Neyra. Its object of study: to identify, characterize and understand the perception of the patient's interpersonal relationship with the nurse care. The theoretical framework is fundament in Fabro (1982), for perception since the philosophical psychological; Cinabal (2003), for communication and relationship of help; King (1984), support whit Theoretical nursing for interpersonal relationship. The methodology used is qualitative with case study approach, Lucke (1,986). Research subjects were 5 nurses and 10 patients from the inpatient surgery Augustine Hospital Arbulú Neyra, the sample was obtained by saturation. Analysis was content, reaching the following categories: Perceiving key elements of a therapeutic relationship appropriate for the interpersonal relationship, perceiving good treatment during the interpersonal relationship with the nurse and perceiving differences in the treatment according with the nurse character. As final considerations have that the patients perceive good treatment based in trust, empathy and hope according to care demands, elements that permit to feel in family by the affection giving by the nurses, although perceive differences in the treatment according with their character and in some situations exact good treatment how a right to be contributor of a service. Scientific principles grounded in Morse (2003) and an ethical research criterion Sgreccia (2001).

Keywords: Perception, interpersonal relationship, nurse, patient.

INTRODUCCIÓN

Vivimos en una época en que la tecnología cada día acorta la distancia entre las personas, por lo cual no es difícil la comunicación hacia cualquier parte del mundo, sin embargo frente a esta realidad no es raro encontrar que las relaciones interpersonales se van deteriorando, sea en las familias, en la comunidad, en las instituciones de trabajo; sin quedar exenta de esta realidad las instituciones de salud; de allí que se requiera cada vez con más frecuencia que el personal esté capacitado para mejorarlas.

Esta crisis en las relaciones interpersonales obedece en gran medida al contexto sociocultural en que vivimos, así lo menciona Mingote: vivimos en un contexto sociocultural fracturado por múltiples crisis: crisis demográfica, económica, de valores, crisis de la familia y de la educación. En este medio, las personas han podido llegar a dejar de creer en casi todo, pero cuando enferman, acuden a los centros sanitarios con enormes exigencias de resultados positivos, con expectativas a menudo poco realistas, y con una intensa desconfianza, consecuencia de encontrarse en una situación de crisis personal y desamparo existencial a causa de la enfermedad.¹ Bajo estas circunstancias, las personas se vuelven más vulnerables y perceptibles de todos los acontecimientos que viven durante su estancia hospitalaria y se fijan generalmente en la relación interpersonal establecida con el equipo de salud y en mayor medida con el personal de enfermería, quienes se encargan de brindar los cuidados directos a los pacientes.

Si el fin de la enfermería es el cuidado de la persona, el cual sería imposible sin las interrelaciones: el que cuida y el que es cuidado, es fundamental para el profesional usar técnicas adecuadas de comunicación por cuanto es el personal que permanece las veinticuatro horas del día asistiendo sus necesidades, de allí que muchos autores en enfermería consideren la relación interpersonal como un medio de ayuda al paciente.

Peplau citada por Marriner define enfermería como “un importante proceso terapéutico interpersonal que actúa en coordinación con otros

procesos humanos que hacen posible la salud de los individuos en la comunidad”.² ¿En nuestro medio el profesional de enfermería tuvo en cuenta estos procesos al interactuar con los pacientes?, ¿Los paciente pudieron percibirlo durante la interacción?

Las investigadoras, durante sus prácticas pre-profesionales observaron la necesidad de comunicación de los pacientes: ser escuchados, informados, de tener palabras de aliento y consuelo, de sentirse bien atendidos y tratados; las enfermeras fueron las llamadas a pesar de su escaso tiempo, durante la terapia a escucharlos, consolarlos y comprenderlos. Fue común escuchar frases como: “tenga paciencia, colabore para que se mejore, todo va a salir bien”, “Ud. no se preocupe”, “aquí estamos para ayudarlo”, “si necesita algo, nos llama”. Pero ¿son satisfactorias estas respuestas para los pacientes?, o solo son frases hechas que no se concretan en acciones.

Fue habitual también en ese entrar y salir de las habitaciones observar y escuchar de las enfermeras expresiones y frases estereotipadas, por ejemplo; cuando realizaban los controles vitales, dieron la terapia o realizaban un procedimiento, no llamaban a las personas por sus nombres, sino que utilizaban frases como “mamita, papito, viejito, abuelo” ¿será que las personas cuidadas se sintieron bien con ese calificativo? ¿Les agradaría ser llamados así, por personas ajenas a su familia?, ¿Es ese un trato familiar?

En ocasiones hay pacientes que de acuerdo a su carácter y en respuesta a la enfermedad o a la insatisfacción por la atención brindada, requieren constantemente de la presencia del profesional, por lo que se les tilda de paciente difícil, paciente estrella, poco colaborador, chocho, o se dice “no le des mucha importancia si no es peor”, por lo que se disminuye la comunicación con él, o es más, se asumen actitudes de cierta indiferencia a través de expresiones como, “no es sólo a Ud. a quien tengo que atender”. Estas actitudes contribuyen a que el paciente establezca diferencias en el trato interpersonal lo que se evidenció en expresiones como: “si la Srta. me hubiera explicado, como Ud. lo hace ahora”. Esa enfermera es “buena” o

“mala”, tiene o no paciencia y esto es comentado a los familiares o al personal de salud “que bueno que esté Ud. de turno, Ud. es buena, Ud. nos atiende bien, nos escucha y explica cuando preguntamos”, “Ud. es más alegre, nos hace reír, en cambio la otra Srta. es más seria, no da ganas ni de preguntar”.

El hospital Agustín Arbulú Neyra, es una institución de salud que atiende a la población asegurada de la provincia de Ferreñafe y de zonas aledañas, son personas que vienen tanto de la ciudad y de las zonas rurales, unos son profesionales, otros agricultores, amas de casa, con diferente nivel educativo, con diferente modo de vida. De acuerdo al sexo, la intervención quirúrgica, y el tratamiento, los pacientes fueron ubicados en el servicio de cirugía que tiene en su infraestructura dos ambientes cada uno con seis camas, para pacientes adultos varones y mujeres.

Se observó a la enfermera entrando y saliendo de un ambiente a otro cumpliendo con la terapia indicada, realizando procedimientos con mucha habilidad y destreza; iba informando y haciendo recomendaciones de cuidado al paciente y al familiar, participando de la evolución de la enfermedad: pendiente de que se cumplan los nuevos análisis e indicaciones médicas; luego registrando lo realizado en sus notas de enfermería; dándose tiempo además para la labor administrativa: adquisición de medicamentos, alta de pacientes etc.

En estas circunstancias ¿Es posible que se pudiera ahondar en la relación interpersonal?, ¿Influiría esta realidad en el reconocimiento que tiene la persona del trabajo de la enfermera? ¿Qué manifestaron las personas después de su relación interpersonal con la enfermera, hay coherencia entre lo que debe ser y lo que se realiza en la práctica diaria? Todas estas preguntas hicieron que las investigadoras se formularan la siguiente interrogante de investigación: ¿Cuál es la percepción del paciente del servicio de cirugía sobre su relación interpersonal con la enfermera en el hospital, Agustín Arbulú Neyra de Ferreñafe?

El objeto de estudio fue: la percepción del paciente del servicio de

cirugía sobre su relación interpersonal con la enfermera. Los objetivos que guiaron la investigación fueron: identificar, caracterizar y comprender la percepción del paciente del servicio de cirugía sobre su relación interpersonal con la enfermera en el Hospital Agustín Arbulú Neyra de Ferreñafe.

Fue necesario conocer, desde la perspectiva del paciente cómo percibe la relación interpersonal con la enfermera; porque no siempre hay correspondencia entre lo que quiere brindar la enfermera durante su relación interpersonal y lo que percibe el paciente hospitalizado, surgiendo situaciones, en que la persona incluso puede sentirse maltratada. De allí que fue importante conocer desde su percepción cómo define la relación interpersonal con la enfermera, dado que el comportamiento humano está influenciado por diversos factores de acuerdo con el contexto en que se desarrolla, y si enfermería hoy en día busca el cuidado integral de la persona nos interesó saber desde la realidad, desde ese contacto sensible y práctico que tiene el paciente con el profesional de enfermería durante su hospitalización, cómo percibió el trato que la enfermera brindó.

Tal como Cornelio Fabro refiere: “El objeto peculiar de la nueva investigación no es sólo el conocimiento de las propiedades objetivas del hombre como “ser natural”, sino, sobre todo, el análisis de sus inclinaciones interiores por las que “opera por sí en su ambiente y se forma su concepción del mundo”³, lo que se vio reflejado en las manifestaciones de los pacientes; conocimiento que sirvió para comprender y reflexionar sobre las motivaciones, preocupaciones de las personas ante la experiencia de vida a causa de sus enfermedades manifestadas durante su relación interpersonal con la enfermera y el valor que le dio a la relación, de lo cual también se deducen las características del trato brindado y en base a ellas mejorarlo, para reconocimiento y la identidad de enfermería.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.1. ANTECEDENTES

Se encontraron trabajos relacionados con el objeto de estudio a nivel local: Salazar N.⁴, en su investigación “Relación de ayuda de enfermería a la persona adulta en la etapa preoperatoria, hospitales I Essalud” Lambayeque, investigación cualitativa con enfoque de estudio de caso cuyo objetivo fue describir y comprender la relación de ayuda de la enfermera a las personas adultas en la etapa preoperatoria, y determinar las dificultades que se presentan para poner en práctica esta relación. Obtuvo como resultado las siguientes categorías: Describiendo la relación de ayuda como evidencia del interés del otro, dificultades y/o limitaciones durante el proceso de ayuda, asumiendo la necesidad de la práctica de otros componentes en la relación de ayuda de enfermería. Se concluye que el profesional de enfermería tiene limitaciones para describir la relación de ayuda, sin embargo considera la comunicación y el apoyo psicológico fundamental para la persona que va a enfrentar una cirugía. Asimismo habilidades como: empatía, aceptación incondicional, asertividad se exponen como parte de la necesidad de la persona, mas no como parte de la práctica profesional y competencia relacional de la enfermera. Por último falta de tiempo, la situación emocional, el nivel cultural y el temperamento de la persona a intervenir son las principales dificultades encontradas en las enfermeras para poner en práctica la relación de ayuda.

A nivel nacional Arista G.⁵, en su investigación, “Interacción Enfermera-Paciente en el servicio de Medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión”, el objetivo fue conocer y analizar las características del proceso de interacción enfermera paciente. Investigación cualitativa descriptiva cuyas consideraciones finales fueron: A la mayoría de los profesionales de enfermería aún les falta desarrollar habilidades básicas de comunicación para lograr alcanzar una interacción adecuada que de frutos favorables en bien del paciente, por otro lado resulta necesario fortalecer y/o potenciar en las profesionales, cualidades que permitan una efectiva relación de ayuda al

paciente como son: la empatía, el respeto, la disponibilidad, el interés genuino y el compromiso personal y profesional para brindar cuidados integrales, y así lograr satisfacer las necesidades del paciente de acuerdo a sus expectativas. Es también importante reconocer que aún resulta necesario integrar en la comunicación diaria de la enfermera la asertividad como habilidad fundamental que permita establecer una comunicación adecuada, que se caracterice por ser respetuosa, directa y oportuna.

A nivel internacional Ribeiro A.⁶, en su investigación “La importancia de la comunicación durante el periodo de recuperación postoperatoria”, cuyo objetivo fue conocer la importancia de la comunicación durante las orientaciones post operatorias brindadas por el equipo de enfermería a los pacientes y/o familiares de una institución privada y aprehender la percepción de tales personas acerca de la orientación recibida. Estudio cualitativo cuyos resultados evidenciaron que el equipo de enfermería focaliza las orientaciones en las técnicas instrumentales de la profesión, no abordando al individuo en forma holística, también fue posible percibir que cuando el profesional permanece apartado del paciente y/o no presta información adecuada genera sentimientos de ansiedad, miedo, inseguridad, y sensación de falta de cuidado. Por otro lado, cuando el equipo de enfermería se hace presente con cuidados e información coherente, los pacientes refieren alto nivel de satisfacción y se sienten bien cuidados.

1.2. BASES TEÓRICO- CONCEPTUALES

Siendo el objeto de estudio de la presente investigación, la percepción del paciente sobre su relación interpersonal con la enfermera se definió percepción que a la luz de Cornelio Fabro, en su tratado de psicología filosófica la define, como “la aprensión inmediata de la existencia de un acto o de un objeto en la esfera de la experiencia interna o externa, en la vida cognoscitiva inmediata de la persona”.³ Aprensión que tuvo el paciente durante su experiencia de vida respecto a su salud – enfermedad al interactuar con la enfermera, aprensión inmediata que haría formarse para sí

su concepción en relación al trato brindado por el personal de enfermería.

Propio de la percepción es la advertencia o la conciencia que el sujeto tiene en primer lugar de la existencia del objeto que penetra en el ámbito de la conciencia y la determinación o estructura que tal acto u objeto debe tener para situarse en el plano de la conciencia; la determinación implica un juicio primitivo y la aprensión sintética de “pertenencia” de tales estados, actos u objetos a un sujeto de inhesión y atribución. Es el Yo que se afirma a sí mismo en el acto de sentir, pensar, imaginar.³ La percepción es un acto consciente en el cual la persona: elabora, organiza y selecciona según sus atributos propios, según sus valores lo que más afecta su ser y lo hace suyo.

A este acto de “pertenencia” Fabro hace referencia para indicar que en la vida cognoscitiva inmediata la función dominante no es la sensación, sino la percepción, por que en ella confluyen sensibilidad, afectividad, entendimiento; según la plástica convergencia de las fuerzas vitales efectivas y en relación con la estructura propia según la cual se viene elaborando la psiquis de cada uno.³ Durante la interrelación para que la persona elaborara su concepción del trato brindado por el personal de enfermería, no son sólo los sentidos externos en contacto con la realidad los que van percibir y dar un significado a la relación, es la persona en concreto: desde lo que impresionó sus sentidos, sus sentimientos experimentados y su entender quien dio un significado a la relación durante su experiencia hospitalaria. Si enfermería basa sus cuidados en torno a objetivos sería importante tener en cuenta la percepción de los pacientes para fijar los conocimientos y los cuidados en ellos, además el clarificar sus percepciones ayudaría para abordar, planificar y evaluar los cuidados de acuerdo a la individualidad de los pacientes.

Es la persona desde su contacto con la realidad, con su vivencia quien percibió, porque las personas reaccionan, se comportan de diferente manera ante la enfermedad, de acuerdo a su sensibilidad, a la personalidad, al carácter, al significado que tienen de salud- enfermedad, a su autoestima, al reconocimiento que tenga por parte de sus familiares, y del profesional de

enfermería y a su constitución física; no todas las personas sean del mismo sexo, la misma edad, la misma enfermedad reaccionan con la misma vitalidad y disposición, una persona es diferente de otra, unas temerán más al peligro que significa enfermar, serían más aprensivas y más perceptivas de los cuidados que le realizaron y del trato que le brindaron; también de acuerdo a su dependencia de los cuidados de otros, de su autoestima, se relacionarían y darían un significado a su percibir.

Estas respuestas, diferentes de una persona a otra se dan por que en la percepción actúan por un trámite misterioso aunque igualmente evidente, las corrientes tendenciales tanto por parte del objeto como por parte del sujeto, con todas las deformaciones y exageraciones..., pero también con las integraciones e intensificaciones de los llamados datos inmediatos que el vivo fluir de la situación existencial comporta para cada uno.³ Desde su sentido de vida, lo que valoraron para su existencia en ese momento; con lo que asumieron un comportamiento y la forma cómo brindaron el cuidado los profesionales con sus cualidades particulares que caracterizaron a la relación interpersonal de acuerdo a la situación, harían formarse para sí su concepción del trato que recibieron.

Si todos tendemos, estamos inclinados al bien, a querer nuestro bien; y en este sentido el paciente ante la amenaza de la enfermedad a su salud, a su vitalidad, a su bienestar, estaría consciente que su hospitalización serviría para recuperarse, y al interactuar con la enfermera y de acuerdo a su ser, a su dependencia, centraría su relación en base a recuperarse de la dolencia y superar todo aquello que le modifique intrínsecamente: su temor, su tristeza, su desconocimiento; desearía sentirse cuidado, informado, seguro y confiado, reflejado en un trato cálido y respetuoso. Pero en su percibir durante la relación cobro también significado la información dada, los conocimientos recibidos, los sentimientos percibidos de ese momento y darían un significado de acuerdo a la conveniencia para su existir.

De igual manera el personal de enfermería en su práctica diaria deseó

brindar el mejor cuidado posible desde sus concepción de cuidado; ser competente y sentirse realizada profesionalmente, pero el profesional también tuvo sus propias preocupaciones tanto profesionales como personales. Como profesional: hacer daño, no saber satisfacer necesidades, sobre todo las emocionales, por que es un estar constantemente confrontada con el dolor y sufrimiento ajeno, y no siempre el profesional está preparado emocionalmente para afrontarlas y a la vez junto con otros estresores propios del entorno hospitalario como son: la presión del tiempo para realizar múltiples funciones, los conflictos con el equipo de trabajo, la rutina etc. A la vez con todas las preocupaciones y problemas de su vida familiar, se vería afectada en materia de su propio bienestar.¹

Son estados anímicos del paciente y de la enfermera que se dieron e influyeron durante el trato y en su percibir, porque la enfermera pudo mostrarse tal vez cansada, enojada, apurada, aunque ella no se percató, ni fue su intención de mostrarse así, el paciente lo percibió y de acuerdo a su ser y al significado existencial de la situación, a su sensibilidad se formó su idea, su primera impresión, con todas sus deformaciones y exageraciones en la situación personal que vivió en el dinamismo de la interrelación.

Es actividad de la mente que por su cuenta y con sus medios atribuye con la debida precaución el carácter de realidad.³ Y el significado que le dio según su experiencia de vida, significado que en materia de bienestar fue de satisfacción o insatisfacción, de sentirse confiado o temeroso. El paciente con su conocer, su sentir y con su tender calificó el trato: buen trato, satisfactorio, desagradable o maltrato. Calificó también a la enfermera: buena, amable, alegre, o si tuvo una mala experiencia como: mala, insensible. Aquí se atestigua el “darse” del objeto frente al sujeto y el actuarse del sujeto en el objeto con una inmediatez que no admite tortuosidades.³

Por lo expuesto desde la concepción de Fabro concluye; la percepción es una cierta “síntesis” vivida de sensibilidad y de pensamiento, mejor aún, se puede decir que la percepción es un pensamiento pero no puramente

abstracto, sino objetivado inmediatamente en los contenidos sensibles, un pensamiento que “incorpora” la experiencia en sí. “El momento esencial en la percepción es la incorporación del significado” (Gemilli, Michotte).³ Incorporación del significado de la percepción de los pacientes sobre su relación interpersonal con la enfermera vivida durante su estancia hospitalaria.

En el mismo sentido Cibanal,⁷ valora el significado de las percepciones en las personas y las considera como factor influyente en la comunicación, sabemos cómo los sentidos son impactados por un estímulo exterior, se ve algo, se escucha algo, hay un estímulo que impacta y se elabora y transforma ese estímulo para elaborar una representación: pero la representación elaborada no coincide con el estímulo de lo que la persona no se percata, es la persona que de acuerdo a su historia, a sus valores, sus creencias, transforma, elabora aunque no se da cuenta de ello. Además la percepción siempre es selectiva, siempre se verá una parte de un todo a causa de nuestras propias necesidades, fines personales (conscientes o no), y poder afrontar los diferentes acontecimientos de la vida. Durante las interacciones de los pacientes con las enfermeras, el significado que dieron a sus percepciones estaría de acuerdo con sus necesidades de cuidado, en relación a sus valores, a sus concepciones de salud- enfermedad, y con el rol que asignó a la enfermera que evidentemente depende de la cultura en que se desarrollan.

Es la persona que percibe quien dio significado al trato, entonces no es concebible la realidad objetiva independiente del observador todo lo contrario: la realidad aparece como el producto de nuestras percepciones y el lenguaje es el resultado de la comunicación entre las personas, es el lenguaje el que genera la noción de objetividad. Si consideramos los caracteres de la percepción ya mencionados, “hablando de lo mismo no hablamos lo mismo”. Cada quien construye su realidad que es diferente para cada uno y en función de cómo construimos y captamos la realidad así nos comunicamos.⁷ De allí la importancia de considerar todos estos aspectos en el profesional cuando se comunicó con los pacientes; si durante los cuidados se

tiene acceso a todo el ser de la persona debió tener en cuenta la realidad que ellos manejan, sus concepciones y sus percepciones de lo que está viviendo y en base a ellas el profesional debió de planificar sus cuidados, y las acciones de enfermería deben ser transmitida con precisión porque pudieron quedar ocultos o verlos desde otro significado bajo la perspectiva del paciente, la comunicación debió de ser clara y en reciprocidad por ambos.

Por consiguiente desde Cibanal hemos concebido comunicación: es un proceso continuo y dinámico, formado por una serie de acontecimientos variados y continuamente en interacción. O dicho de otra manera: por una parte, como una manifestación de cómo yo, emisor, te manifiesto a ti, receptor mi forma de captar, sentir y vivir en estos momentos una realidad y lo que espero de ti al decirte esto. Y por otra parte tú, como receptor me Reflejas (feedback) lo que has captado de lo que yo, como emisor, te acabo de decir, tanto a nivel de contenido, sentimiento y demanda, así como lo que has captado con el lenguaje no verbal.⁷ Es tener capacidad de ponerse en el lugar de los pacientes para poder entender sus demandas claramente, reflejándoles lo que hemos entendido, a la vez es mantener una comunicación abierta para explorar otras demandas que para ellos pueden ser hasta inconscientes; y que ellos reflejen lo que les hemos comunicado, asegurar una respuesta; así se evitarían malos entendidos e interpretaciones, la comunicación sería enriquecedora y en enfermería con objetivos propuestos. Es una comunicación que tiene un carácter recíproco, en el que se consideran todas las variables de la situación.⁷

Esta reciprocidad entre las personas durante la interrelación en el que cada uno expresa y percibe el yo del otro, dentro de un contexto en que se desarrolla la comunicación lo considera la teórica en enfermería Imogene King⁸ en su marco de sistemas interactivos y la teoría de la consecución de objetivos. King considera que los seres humanos son sistemas abiertos que interactúan con el medio ambiente, la única manera de estudiar a los seres humanos que interactúan en un mismo entorno es diseñar un marco conceptual de variables interdependientes y conceptos interrelacionados. Es

un enfoque a los sistemas como un todo entero, más que en partes aisladas.

En relación al sistema interpersonal King refiere, en la diada enfermera-paciente, cada uno es un sistema total, con su historia de vida, la percepción de sí mismo, con su propia imagen corporal, su herencia, sus valores, sus creencias, experiencias pasadas, necesidades y expectativas que influyen al percibir y representar la realidad cuando están interactuando.⁸ Variables críticas e interdependientes, un “mundo supuesto”, que influye en el comportamiento de las personas cuando interactúan y enfermería en este caso las debió de considerar durante el trato, dada la individualidad de cada persona, además porque fueron pacientes de diferentes contextos culturales: unos son del campo, otros de la ciudad, unos son profesionales, otros trabajan la tierra o son amas de casa.

Este mundo es la realidad de cada persona, la manera como uno lo ve, la manera cómo uno influye en él, la manera cómo éste influye en la persona. Estas acciones son el resultado de una transacción en la cual cada persona desempeña un papel activo hacia un objetivo. King considera que para influir en la calidad de los cuidados los elementos más importantes en una teoría para el logro de objetivos está en los sistemas interpersonales. En una situación de la vida el que percibe y lo que se percibe se encuentran y cada persona entra en la situación como participante activo, y cada uno evoluciona en el proceso de esta experiencia al realizar juicios, desempeñar acciones que culminan con una reacción, si se logran los objetivos se dan transacciones.²

En el sistema interpersonal la percepción es una variable fundamental para la práctica de enfermería, la exactitud de las percepciones hacen más efectivas las acciones de uno. Cuando se pregunta ¿acciones efectivas para qué?, no se puede comprender aún la percepción más sencilla, sin considerar la variable del propósito o la meta.⁸ Si en enfermería la meta es el cuidado de las personas y el cuidado sólo se puede poner en práctica a través de las interrelaciones, es necesario poder identificar y analizar los sucesos con precisión para evaluar y planificar los cuidados a las personas.

El trato, el cuidado de enfermería debió ser dado con conocimiento y técnicas adecuadas de comunicación de acuerdo a la singularidad de cada persona, abierto a la retroalimentación porque cada una de las facetas de la actividad pudo influir en la percepción de los pacientes y poder así influir sobre las restricciones de lo que percibe. El conocimiento y las habilidades en comunicación son parte importante en el trabajo profesional ya que forman la base para las interacciones con los individuos.⁸

En consecuencia cobra sentido para la práctica, para el proceso de cuidado de enfermería un entendimiento preciso durante las interacciones, que aquí concebimos y reiteramos desde Fabro: es el entendimiento el que aprende la realidad, el que constituye la suprema unidad de consciencia, el que integra todas las facultades aprensivas. Es ésta inmanencia de lo abstracto en lo concreto con la correspondiente incorporación del uno en el otro, lo que posibilita para nosotros tanto el pensamiento como la percepción. La realización de esta interdependencia de objetos y operaciones, de las formas primitivas y globales en formas cada vez más diferenciadas y ricas es lo que constituye el “desarrollo” de la percepción. Al desarrollo de la percepción está subordinado el desarrollo mismo del sujeto con respecto a los objetos.³

La percepción es por tanto la actualidad inmediata y continua de la conciencia en su actividad de presencia “del mundo al Yo y del yo al mundo”. Pero existe verdadera integración sólo cuando la experiencia puede dejarse penetrar por lo inteligible y lo inteligible puede ser incorporado a la experiencia.³ En este sentido las percepciones cobran importancia para brindar el cuidado pero sobre todo considerar que todas las acciones del cuidado durante la interrelación debieron de transmitir una idea, un porqué y un para qué hacia el entendimiento y desarrollo de los pacientes.

De allí la importancia que tuvieron las características de la relación interpersonal enfermera - paciente, la relación que brindó el profesional sería de ayuda en relación a permitirles adquirir un conocimiento, nuevas formas y

significados a sus problemas y necesidades; dado el carácter de la relación, es un trato con personas que adolecieron de una enfermedad en las cuales no solo estuvo comprometida su vitalidad, sino todo su ser, fueron personas dependientes y expectantes del cuidado de otros, en los cuales los profesionales de enfermería con sus conocimientos pudieron intervenir.

Así indica Cibanal, toda relación de ayuda que se precie de eficaz debe ser capaz de modificar el marco de referencia con que el paciente ha construido su problema, de tal manera que genere un contexto cognitivo, actitudinal y emocional en el cual el problema pierda su razón de ser (ya sea porque cambió su conducta o porque cambió la interpretación de los hechos).⁷ Es observado en ocasiones, que en respuesta a la enfermedad, el miedo a lo desconocido (la evolución de la enfermedad, el contexto hospitalario), y la sensibilidad de los pacientes, se muestran dependientes, requieren continuamente de cuidados, y si la enfermera no interviene correctamente, puede afirmar ese estado de dependencia, que no ayuda en nada a su salud física y emocional y de nada serviría que haya sido respetuosa, tolerante o cariñosa, si se perdió la oportunidad de ayudarles a modificar su marco conceptual, su punto de vista, de darle otro sentido a su problema. Es necesario entonces que durante las interacciones la comunicación fuera efectiva con percepciones precisas para fijar el conocimiento que sirva de ayuda al paciente.

King argumenta, si la interacción en enfermería se enfoca en las necesidades y el bienestar del paciente; la enfermera identifica las necesidades del paciente a través de la comunicación, observación, e interpretación de la información para identificar problemas y objetivos. Si la enfermera tiene una base teórica para alcanzar las metas y las usa para lograr la participación del paciente en el logro de sus objetivos, identificará los medios y tomará las medidas para lograrlo. Sin tratar de imponer los valores de uno al usuario de los cuidados de la salud, se debe encontrar una estructura común para ayudar a los individuos a enfrentarse a las aflicciones y tribulaciones de la vida.⁸ Es de común acuerdo que se debieron dar las

intervenciones en enfermería, es considerar a las personas con sus concepciones de cuidado, de sentido de la vida. En tal sentido el profesional requirió tener una base teórica, competencia técnica, psicológica y habilidades específicas para conseguir una buena comunicación.

Se tuvo en consideración además que en la relación de ayuda: la comunicación no es entre dos iguales, hay un desnivel entre el profesional y el cliente. “Negar esta evidencia sería establecer de manera falsa la relación. El profesional no debe negar sus conocimientos y pedagogía, sino que debe utilizarlos al servicio del cliente teniendo en cuenta su personalidad y conocimientos; pero tampoco debe olvidar que el cliente tiene mucho que aportar en una relación, la cual debe ser un intercambio”.⁷

Con las acciones de lograr la participación activa de los pacientes en el logro de sus objetivos se inicia el proceso de aprender más acerca del Yo por parte de ambos, y acerca de la toma de decisiones que afecta a ambos (pero más que nada al paciente) al ayudarlo a enfrentarse a su condición presente, ambos crecen y maduran en el proceso de estas interacciones. Si cada uno trae consigo en el sistema del cuidado de la salud necesidades, metas, expectativas a la situación, al trabajar juntos experimentan una nueva clase de relación, en el sistema de cuidado de la salud, en la cual el paciente se reconoce como factor esencial en la toma de decisiones que le afectan ahora y en el futuro y se reconoce como persona cuya participación le da alguna independencia y control de la situación.⁸

Sería dar protagonismo a los pacientes, hacerlos sentirse partícipes de su cuidado durante las interacciones, porque muchas veces es el personal de enfermería quien decide las acciones: da indicaciones y el paciente es un ente pasivo que obedece órdenes. Al darle protagonismo se sentiría valorado y se reconocería a sí mismo en ese interactuar, y ayudaría en su desarrollo personal. Pero la forma en cómo el profesional desarrolla las interacciones, dependió de las concepciones que el profesional maneje, de su manera de ver el mundo en interacción con el influjo que tiene su entorno.

Esta manera de ver y comprender el mundo obedece a un paradigma, denominación dada por el filósofo Kuhn y el físico Capra, corrientes de pensamiento que para Kerouac⁹ refiere hoy en día un paradigma no reemplaza a otro, en todo caso se superponen. Esta situación está dada por el mismo contexto hospitalario en que se desenvuelve la enfermera, su labor está fuertemente influenciada, y condicionada por la cultura y la práctica médica en el que prima la eficiencia, restablecer la salud física del paciente, es lo evidenciado en las estadísticas hospitalarias: pacientes atendidos, pacientes recuperados, más no evidenciamos el proceso de cuidado de enfermería, el enfermero vive así su profesión a la sombra del médico, así es vista por los pacientes, por el resto de profesionales y es la visión de ella misma que influenciada por este contexto no le permite verse de manera diferente ni ante ella misma ni ante los demás . Según esta orientación sus interacciones estuvieron dirigidas a restablecer la salud corporal del paciente, intervenir significa “hacer para” las personas, sin considerar la participación del paciente en su cuidado.

Por tanto durante las interacciones la enfermera debió tener en cuenta el marco conceptual que rigen las acciones de enfermería y junto con sus valores personales le permitirían ir cambiando esta visión que se tiene de la enfermera. Así lo indica Cibanal⁷, “los cambios de paradigmas son análogos a los cambios de Gestalt de la percepción” (Gergen). Y sabemos lo que pasa con las figuras gestálticas, cuando algo es fondo no puede ser a la vez foco. El focalizar la atención en algo nos imposibilita discriminar en el mismo grado otras cosas que quedan como fondo. Es sólo focalizando el cuidado desde el punto de vista humano, integral a las personas que podremos tener cuenta las necesidades de cada persona a las que atendemos, que serían posibles con el uso interiorizado de técnicas de comunicación de ayuda realizadas en la práctica diaria y con una base teórica que sustente nuestro hacer, es que podremos tomar acciones concretas hacia el cuidado y poder construir, cambiar hábitos que se reflejarían en el trato dado a los pacientes.

Estos son los conceptos incluidos en la base teórico conceptual que ha guiado la presente investigación, a continuación pasamos a describir el marco metodológico.

CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO

2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación fue cualitativa, Canales¹⁰, refiere que este tipo de investigación busca investigar el lado subjetivo que acontece en un fenómeno, exclusivamente trata de profundizar e interiorizar en las experiencias humanas en relación a su contexto. Además la investigación cualitativa ofrece técnicas especializadas para obtener respuestas a fondo acerca de lo que las personas piensan y sienten. De allí que se halla optado por este tipo de investigación.

2.2. ABORDAJE METODOLÓGICO

En esta oportunidad se creyó conveniente el abordaje de Estudio de Caso, Bisguerra¹¹ lo define como una investigación que tiene en común, el estudio de un caso o instancia en acción, es decir la recogida y selección de información acerca de la biografía, personalidad, intenciones y valores que pueden referirse a personas, instituciones, programas, etc. Esta investigación pretendió captar el significado de las percepciones de los pacientes sobre su relación interpersonal con la enfermera.

El estudio de caso se caracteriza porque: es particular, se centra en una situación o fenómeno, situación dada en las interrelaciones enfermera - paciente vista desde la percepción del paciente; es descriptivo, por que pretende realizar una rica y densa descripción del fenómeno objeto de estudio; es heurístico en tanto que ilumina al lector sobre la comprensión del caso, puede dar lugar al descubrimiento de nuevos significados, ampliar la experiencia o confirmar lo que se sabe; y es inductivo puesto que llega a

generalizaciones, conceptos a través de procedimientos inductivos. Se caracteriza más por el descubrimiento de nuevas relaciones y conceptos que por la verificación de lo predeterminado¹¹. Características consideradas durante el estudio de la presente investigación, la cual pretendió construir el conocimiento a partir de las experiencias de los pacientes, develando a profundidad el significado de sus percepciones sobre su relación interpersonal con la enfermera.

Consideramos para el desarrollo de la presente investigación las fases del estudio de caso de Nisbet e Watt, citado por Menga Ludke:¹²

Fase exploratoria.-El estudio de caso comienza con un plan muy incipiente, que se va delineando más claramente conforme se desarrolla la investigación, inicialmente el estudio de caso partió de algunos puntos críticos planteados en la situación problema observada y que nos formuló una serie de interrogantes en torno al objeto de estudio y que dieron paso a la búsqueda de literatura pertinente, buscando explicaciones dentro del contexto de esa realidad, se inició considerando la búsqueda de bibliografía sobre: Percepción, relación interpersonal, relación de ayuda, que fundamentarán y delinearán la investigación para luego en el transcurso ir explicando, reformulando, incorporando nuevos conceptos en la medida que se muestren relevantes en la situación cuyo fin no es más que el determinar, definir y hacer objetiva esa realidad en acción.¹²

Delimitación del Estudio.- Una vez identificados los elementos claves y los límites aproximados del problema con ayuda de la literatura encontrada, se procedió a recolectar sistemáticamente la información, para lo cual se generó un instrumento el cual se validó previamente considerando si respondía al objeto de estudio y a las características del problema planteado, este instrumento fue una entrevista abierta a profundidad.

Durante la investigación fue necesario mantenernos focalizados en los límites del estudio de acuerdo al objeto y a los objetivos planteados, porque pudieron surgir nuevos aspectos o ángulos a considerar.

El Análisis Sistemático y la elaboración del Informe.-Desde la fase exploratoria es necesario unir la información, analizarla y tornarla disponible. Desde el inicio de la investigación se fue presentando por escrito la información obtenida, revelando la interacción entre los datos obtenidos de la realidad, confrontada con la teoría. Lo cual fue posible al contar con una base teórica conceptual, al aplicar un instrumento, con su respectivo tratamiento y análisis, y la presentación del informe final.

También se han tenido en cuenta algunos principios del estudio de caso durante la investigación, Menga Ludke:¹²

1. Se dirigen al descubrimiento, a pesar que el investigador parte de algunos presupuestos teóricos, es decir de los diferentes componentes del problema debidamente sustentados y que se constituyen en el esqueleto de la investigación, se procuró mantener abierto a nuevos elementos que pudieran surgir como importantes. Partiendo de la situación problema, se estuvo atento a nuevos elementos que pudieran surgir durante las declaraciones de los informantes y que debidamente sustentados e interrelacionados con toda la información, se podría profundizar, enriquecer el análisis de la investigación y poder así acceder a nuevos conocimientos. Así lo refiere Ludke, esta característica es fundamental, en el presupuesto de que el conocimiento no es algo acabado, es una construcción que se hace y se rehace constantemente, se estuvo atento a nuevos aspectos en el desarrollo de la investigación.
2. Los estudios de caso enfatizan “la interpretación en el contexto”. Para comprender mejor el objeto de estudio fue preciso considerar el contexto en el cual se desarrolla porque sus características influyeron para que se de tal situación en particular. Siendo el Hospital de Essalud “Agustín Arbulú Neyra” el escenario donde se desarrollaría la presente investigación, se tomó en cuenta la cultura, la rutina del cuidado de enfermería y el sistema hospitalario, que influyen en las percepciones de las personas y ayudarían en un estudio más completo.

3. Buscan retratar la realidad en forma compleja y profunda. Partiendo de la situación problema, se abordan para el estudio todas las variables o dimensiones de la situación viéndolas cómo un todo, para poder revelar toda la multiplicidad de dimensiones que confluyen, evidenciando y enfatizando la complejidad natural que se presenta cuando se trata de investigar el lado subjetivo de una problemática. Nos enfocamos en las percepciones de los pacientes sobre su relación interpersonal con la enfermera considerando todos los elementos revelados y la relación natural entre ellos, y con ayuda de los autores que sustentan la investigación revelaron la multiplicidad de dimensiones dentro de esa totalidad.
4. Los estudios de caso usan una variedad de fuentes de información. Al desarrollar el estudio de caso, el investigador recurre a diferentes fuentes de información: Nuestra principal fuente de información fueron los pacientes y las enfermeras en el contexto hospitalario del hospital “Agustín Arbulú Neyra”. Considerar a los pacientes y a las enfermeras nos permitió cruzar información para esclarecer y verificar los datos en forma más precisa.
5. Los estudios de caso revelan experiencias vicarias y permiten generalizaciones naturales. La generalización natural, Stake¹² ocurre en función del conocimiento experimentado del sujeto en el momento en que este intenta asociar datos encontrados en el estudio con datos que son frutos de sus experiencias personales. Significa que el lector o investigador en otra realidad al leer la presente investigación y como producto de sus reflexiones reconoce en ella una realidad similar dentro de su contexto, en forma natural, y entonces está realizando una generalización.
6. Los estudios de casos procuran representar los diferentes y a veces conflictivos puntos de vista presentes en una situación social. Durante la investigación se pudieron suscitar divergencias y contradicciones en

cuanto al objeto de estudio, en esta situación el investigador las planteó y a la vez emitió su propia opinión en su informe. De ese modo se dejará al lector sacar sus propias conclusiones sobre esos aspectos contradictorios.

Se procuró representar tal cual los diferentes y a veces conflictivos puntos de vista de las personas involucradas en la situación por ejemplo: Si en las entrevistas encontramos respuestas polarizadas o contradictorias en relación al objeto de estudio, se realizó un análisis en forma neutra con las 2 partes, inclusive se emitió la opinión del investigador, y se dejan tal cual para que el público lector saque sus conclusiones sobre ese aspecto conflictivo.

7. Los relatos del estudio de caso utilizan un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros relatos de investigación. En el estudio de caso es posible utilizar diferentes formas para expresar la realidad. Los relatos escritos presentan generalmente estilo informal, al narrar las descripciones de los informantes ubicados dentro de su contexto propio. La principal preocupación es que la transmisión sea directa y clara al lector, exponiendo la singularidad que tiene cada caso según su realidad.

Se procuró transmitir en forma directa y clara los resultados obtenidos de los informantes con relatos narrativos verbales con un estilo informal, inclusive se transcribieron algunas de las expresiones de los participantes. Se espera que el lenguaje presentado sea claro para comprender el caso presentado.

2.3. SUJETO DE INVESTIGACIÓN

Los sujetos de investigación fueron 10 pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía y 5 enfermeras a cargo del servicio del Hospital, Agustín Arbulú Neyra. Los pacientes entrevistados fueron de ambos sexos, adultos jóvenes y adultos maduros, provenían de la ciudad de ferreñafe y de sus distritos, también de la ciudad de Chiclayo, con diferentes ocupaciones y diferente nivel educativo; fueron amas de casa, profesionales (profesora, contadora,

abogada), agricultor, obrero, estas personas fueron hospitalizadas por alguna dolencia que requería de una intervención quirúrgica sin complicaciones y cuyo pronóstico era favorable cuando fueron entrevistados.

Las enfermeras que participaron fueron adultas jóvenes y adultas maduras, trabajaban en turnos rotativos de mañana, tarde y noche en el servicio de cirugía, el equipo de enfermería para la atención de este servicio fue de una enfermera y una técnica de enfermería por cada turno, trabajaron en un clima laboral favorable ejecutando sus funciones y labores respectivamente en un ambiente de respeto mutuo y de atención a las necesidades de los pacientes. Una de las enfermeras hacía la función de coordinadora del servicio dentro de su horario de trabajo, dándose tiempo para equipar el servicio con los insumos y equipos necesarios y a la vez coordinar con la coordinadora general del hospital.

Para la muestra se consideraron como criterios de inclusión a pacientes de ambos sexos que fueran adultos jóvenes y adultos maduros que permanecieran por más de dos días hospitalizados en el servicio de cirugía, que su estado de salud les permitiera dar declaraciones y que estuvieran dispuestos a participar de la entrevista. Como criterios de exclusión se tuvo en cuenta a los pacientes que estuvieran bajo efecto de sedantes, que presentaran mucho dolor y que los sentidos de la vista y del oído estén deteriorados. En relación a las enfermeras se consideró al personal de enfermería asistencial que laboraba en el servicio de cirugía por lo menos desde hace 3 meses, que tuvieran experiencia en el trabajo hospitalario y estuvieran dispuestas a colaborar con la investigación.

2.4. ESCENARIO

El lugar donde se realizó la investigación fue el servicio de hospitalización de Cirugía del hospital Agustín Arbulú Neyra de Essalud-Ferreñafe. Los hospitales de Essalud son entidades que tienen prestigio y reconocimiento de la población peruana, se ubican a lo largo y ancho del territorio nacional, con hospitales generales, policlínicos y establecimientos

especializados los cuales cuentan con los profesionales calificados, la estructura y el equipamiento necesario para cubrir las necesidades de salud de la población asegurada; atiende con un sistema de referencias para los casos clínicos de mayor complejidad a hospitales de mayor nivel; a los que puede acceder la población asegurada.¹³

El hospital Arbulú Neyra, atiende a la población asegurada en el II nivel de atención, tanto en la parte preventivo promocional cómo la recuperativa, con atención de las 24hrs. del día. La población que aquí se atiende son personas afiliadas que aportan al seguro social de salud sea a través de un empleador o en forma independiente para recibir un servicio de salud, pueden ser: titulares, cónyuges, hijos o jubilados, ser aportador al seguro que brinda Essalud y siempre que se cumpla con las condiciones de acreditación correspondiente, les da derecho a una atención integral con calidad, calidez y eficiencia; a recibir un trato digno, respetuoso y sin discriminación.¹³

Este hospital para la atención de pacientes quirúrgicos contó con servicio de consultorios externos y hospitalización en las especialidades de cirugía, ginecología, otorrinolaringología, traumatología, urología. Los pacientes cuando son hospitalizados se ubicaron de acuerdo al sexo en dos ambientes con 6 camas cada una, en total son 12 camas. Los ambientes hospitalarios fueron lo suficientemente amplios, iluminados, ventilados y limpios. El estar de enfermería estaba fuera de estos ambientes al lado del holl de espera.

Para brindar los cuidados de enfermería el servicio contó con 5 enfermeras: una de ellas fue la coordinadora del servicio y se encargaba de coordinar con la coordinadora general sobre las necesidades y equipamiento del servicio; las cinco enfermeras estaban programadas en turnos rotativos de mañana, tarde y noche, una enfermera por cada turno. Su rutina de trabajo consistió en la atención directa a los pacientes: control de funciones vitales, dar la terapia indicada, participar de la visita médica, estar pendiente de los pacientes que se encontraban en preoperatorio y posoperatorio inmediato y

de los procedimientos por realizarles.

En relación a las programaciones para las intervenciones quirúrgicas la enfermera debió realizar parte de labor administrativa, desde el ingreso de los pacientes, verificar si estaban acreditados para la atención, si la historia tenía todos los pre quirúrgicos necesarios, coordinar con sala de operaciones los turnos para las intervenciones de los pacientes programados, no sólo de los pacientes hospitalizados sino también de los pacientes ambulatorios.

Durante los días operatorios debía de ingresar a los pacientes programados anticipadamente preparados a sala de operaciones, recibirlos en el posoperatorio inmediato, a la vez debió de atender al resto de pacientes hospitalizados, tramitar con farmacia pedido de medicamentos, coordinar con otros servicios los exámenes diagnósticos, coordinar el alta de pacientes etc. Es en este escenario donde el profesional realizó diferentes funciones en que se dieron las relaciones interpersonales enfermera - paciente, donde el estado anímico, la vitalidad de la enfermera influyó en las percepciones de los pacientes.

2.5. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento fue la entrevista abierta a profundidad. Rodríguez¹⁴, refiere: el investigador tiene ciertas ideas más o menos fundamentadas sobre la problemática y desea profundizar en ellas y llegar a explicaciones convincentes. En base a estas ideas focaliza la entrevista.

En ese sentido se profundizó desde el punto de vista de los pacientes en relación a sus percepciones sobre su relación interpersonal con la enfermera a su cuidado. La entrevista en profundidad se desarrolla en una situación abierta donde hay mayor flexibilidad y libertad. Aunque los propósitos de la investigación gobiernen las preguntas formuladas, su contenido, declaración y secuencia está en manos del entrevistado (Cohen y Manion).¹⁴

Para poner en práctica la técnica de la entrevista a profundidad se hizo uso de una grabadora. Previamente antes de aplicar el instrumento en

nuestro escenario de estudio, se validó en el Hospital “Naylamp” de Essalud, el cual tiene una población con características similares y pertenece a la misma región.

Se inició con una pregunta abierta a profundidad tanto a los pacientes cómo a las enfermeras. A partir de la pregunta formulada se fue abordando a los participantes con nuestro objeto de investigación, dirigiendo progresivamente los diálogos hacia aquellos temas que relataban y tenían sentido para nuestro objeto de estudio, en un primer momento se tuvo incluso que explicar la pregunta formulada, darle sentido, que fuera entendible para ellos. Así se fue reconduciendo la entrevista a nuestro fin. Se trató de volver una y otra vez a lo que las personas manifestaron para aclarar ciertos aspectos.

Una vez que no se encontró de parte de los informantes mas explicaciones, interpretaciones o descripciones del problema o tendió a haber redundancia, en la cual el investigador obtiene la misma o similar información en repetidas indagaciones se dio por concluida la entrevista. Es “un área agotada” refiere Morse.¹⁵

Las entrevistas realizadas a las enfermeras fueron convenientes para validar la información dada por los pacientes, para develar con mayor claridad y veracidad el objeto de estudio. Nos permitió cruzar información encontrando aspectos convergentes y también divergentes entre lo que manifestaron los pacientes y las declaraciones de las enfermeras.

Lo mencionado correspondió a una triangulación que para Pérez¹⁶ implica que los datos se recogen desde puntos de vista distintos y se realizan comparaciones múltiples de un fenómeno único, lo que permite develar las convergencias, divergencias y complementariedades, al revelar distintos aspectos de la realidad empírica.

2.6. PROCEDIMIENTO

Para poder aplicar el instrumento a los sujetos de estudio, se realizó el trámite formal en la Universidad Católica “Santo Toribio de Mogrovejo”, que emitió a través de la Directora de la escuela de enfermería una carta, solicitando “autorización para realizar trabajo de tesis”, una vez obtenida la autorización y presentada ante la jefatura del departamento de enfermería se pudo tener acceso a ingresar formalmente en el servicio de hospitalización de cirugía en diferentes horarios y así poder entrevistar a los sujetos de estudio.

Las entrevistas se realizaron durante 3 semanas consecutivas, se entrevistó a los pacientes y a las enfermeras como ya se mencionó bajo los criterios de inclusión y exclusión, se tuvo en cuenta durante la entrevista a los pacientes, que su ambiente hospitalario estuviera libre de interrupciones, de ruidos y se evitaron los horarios de visita de los familiares. En relación a las enfermeras las entrevistas generalmente se realizaron en los horarios de la tarde o de la noche, dado que por las mañanas hubo mas carga de trabajo, y en alguna oportunidad se tuvo que regresar. En cada entrevista se presentó a cada uno de los participantes el consentimiento informado, se les informó sobre el propósito de la entrevista, de qué manera sus aportes pueden ayudar a mejorar el cuidado y el uso que se le daría a sus relatos, también se les informó que sus nombres no estarían expuestos, que se guardaría el anonimato, que se usarían seudónimos. Concluida la entrevista el participante pudo acceder a las grabaciones y revisar sus posibles variaciones.

La información recibida se logró al crear un clima de confianza durante la entrevista. Es importante que el paciente perciba que se le escucha con atención y que aquello que dice tiene algún sentido para nosotros, debe de percibir que en la entrevista vamos a preguntarle por cosas para las que va a tener una respuesta sencilla, que no vamos a contrastar o juzgar sus conocimientos u opiniones.¹⁴

Durante las entrevistas se tuvo también en cuenta centrarnos en el objeto de estudio, en un primer momento se dejó que los participantes se

extendieran en diversas consideraciones sobre el tema, pero luego se fue enfocando cada vez más hacia el objeto de estudio, lo que implicó mostrarles interés por unos temas y un cierto desinterés por otros.¹⁴

2.7. TRATAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos se trataron mediante la técnica cualitativa de análisis de contenido, cuyo propósito es poner de manifiesto los significados tanto los manifiestos como los latentes. Para lo cual se clasifican y codifican los diferentes elementos en categorías que representen más claramente el sentido de lo manifestado.¹⁴

El análisis de contenido se inicia con un pre análisis, el cual consistió en familiarizarse con los datos, primero con la escucha de las grabaciones, luego con la lectura y relectura de lo transcrito. Se trata de familiarizarse con el contenido de los temas en una lectura flotante (Bardin), citado por Porta.¹⁷

Poco a poco la lectura se hace más precisa, aparecen los primeros temas, se presienten las unidades de significado para una clasificación posterior, luego se hace necesario la constitución del corpus, determinar el universo, consistió en concretar el conjunto de textos que van a ser analizados, es decir de los datos brutos obtenidos se organizan, se concretan en un texto que se someterá a procedimientos analíticos, su constitución implicó que su contenido debió de responder a nuestros objetivos planteado. De todas las manifestaciones se tuvo que ir seleccionando contenidos que tenían representatividad o eran pertinentes a nuestro estudio. La constitución del corpus implica a menudo elecciones, selecciones y reglas, las reglas principales son las de exhaustividad, representatividad, homogeneidad y pertinencia.¹⁷

Se procedió luego al desarrollo de categorías de codificación; consistió en un proceso de clasificación de los datos en torno a ideas, temas o conceptos centrales que emergen del material de estudio. La identificación de las categorías emergentes es un proceso relacionado no sólo con el material

de análisis sino con la formación y el propio marco teórico de la investigación.¹⁶ Durante este proceso y teniendo ya establecida una base teórico conceptual se pudo identificar las unidades temáticas de significación o unidades de significado en relación a como percibían los pacientes el trato brindado por las enfermeras. La codificación consiste en asignar mediante un término o expresión breve clara e inequívoca, el contenido o idea central de cada unidad de significado, este término o expresión se fue escribiendo en la parte externa de la página, también se fue subrayando con diferentes colores las unidades temáticas de significación para facilitar su reagrupamiento.

Así lo menciona Porta la categorización es una operación de clasificación de elementos constitutivos de un conjunto por diferenciación, tras la agrupación por género (analogías), a partir de criterios previamente definidos. Las categorías son secciones o clases que reúnen un grupo de elementos o unidades de registro bajo un título genérico, reunión efectuada en razón de los caracteres comunes de estos elementos. El criterio de categorización en este caso fue semántico (categorías temáticas).¹⁷

Realizado el trabajo de codificación de todos los datos y separados los datos pertenecientes a las distintas categorías, catalogados y enumerados los datos, se llevo a cabo un proceso de comparación sistemática de las categorías en que fueron integradas, de ese modo se pudo establecer relaciones para el proceso de comprensión de la misma. A partir de allí surgieron categorías centrales denominándolas en términos de sus propiedades y dimensiones específicas, de sus características particulares diferenciándolas de las otras, dándoles mayor precisión y diferenciándola mejor al descomponerla en sus subcategorías o sea, explicando los cuando, donde, por que y como existen en una categoría.¹⁶

Las manifestaciones dadas por los participantes y agrupadas en categorías se emplearon para generar explicaciones y con ayuda de marcos teóricos analíticos cobraron sentido los datos estudiados durante el proceso

de explicación, comprensión y conocimiento de la realidad. Con lo que se llegó a construir el objeto de estudio.

2.8. CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO

Los criterios que se tomaron en cuenta para la presente investigación fueron:

Credibilidad.-Se refiere al valor de verdad o “verosimilitud” de los hallazgos, que en la presente investigación estuvo dada por las entrevistas grabadas con sus respectivas autorizaciones por parte de los participantes las cuales fueron guardadas constatando que el conocimiento obtenido es “verosímil”, es cierto es verdadera, son sus manifestaciones. La credibilidad se refiere a la verdad expuesta tal como la conocen, la experimentan o la sienten las personas estudiadas.¹⁵

Confirmabilidad.-Considera la repetición de la evidencia directa y participativa, documentada, observada u obtenida a partir de fuentes de información primaria. Significa obtener corroboraciones directas y a menudo repetidas de lo que el investigador ha escuchado, visto o experimentado con respecto al objeto investigado.¹⁵ Lo cual significó, si hubo correspondencia entre la forma como los pacientes sujetos de este estudio percibieron el problema desde sus experiencias vividas al interactuar con la enfermera y la manera cómo hemos representado, retratado sus puntos de vista. Por que cada quien tiene su propia manera de ver la realidad y nuestras interpretaciones pudieron ser erróneas. Por ello durante las entrevistas se dio un tiempo para entrar en confianza con los participantes, preguntarles y repreguntarles, haciendo pautas y reflejándoles sus manifestaciones, haciendo aclaraciones o volviendo sobre la misma información y su confirmación por parte de ellos.

Transferibilidad.- No se refiere a generalizar los resultados a una población más amplia sino que parte de éstos o su esencia puede aplicarse en otros contextos. Puede dar pautas para tener una idea en general del problema y la posibilidad de aplicar ciertas soluciones en otros ambientes,

Hernandez.¹⁸ El presente estudio puede servir, ayudar a otros investigadores en otros contextos, tanto para abordar el problema o si un hallazgo en particular del estudio lo puede transferir al suyo.

2.9. PRINCIPIOS ÉTICOS

En la presente investigación se tuvo en cuenta los principios bioéticos de la ética personalista de Elio Sgreccia.¹⁹

El valor fundamental de la vida Física.- Muy unida al concepto ontológico de la corporeidad: El cuerpo no puede reducirse mecánicamente a un mero instrumento u objeto, el cuerpo es fin y sujeto, es el lugar donde se manifiesta la persona, la unitotalidad trascendente.¹⁹ La investigación aplicada a pacientes que atraviesan una experiencia de vida relacionada con su salud corpórea ha respetado y valorado sus vidas. Teniendo en consideración su unitotalidad, surgió el interés en investigar desde su existir en ese momento y en ese contexto hospitalario sus percepciones.

También se aplicó este principio al considerar sólo a las personas cuyas condiciones de salud físicas y emocionales les permitiera dar su manifestación, se respetó también la decisión de no participar de algunos pacientes, con los entrevistados se mantuvo respeto, cordialidad y consideración en todo momento. Si bien es cierto el propósito eran sus manifestaciones en relación a nuestro objeto de estudio, no por ello se dejó de lado entablar una conversación en relación a otros aspectos relacionados con su salud que ellos plantearon o pidieron una sugerencia, o si durante las entrevistas el paciente presentó alguna molestia o requirió de algún cuidado, se suspendió la entrevista.

Principio de Libertad y Responsabilidad.- Ser libre, no significa ejercitar de modo absoluto el libre arbitrio, imponer nuestra voluntad, al contrario, todo acto debe ser realizado con responsabilidad, entendida como responder de nuestras acciones ante sí y ante los demás: la libertad es factualmente posible si respeta la libertad de los demás, y por tanto es

respetar la vida de los demás.¹⁹

Al interactuar con los participantes se respetó la libertad de expresarse tal como ellos concebían sus percepciones, sin cuestionamientos ni sentirse presionados, tuvieron la libertad de querer participar al firmar el consentimiento. Además se tuvo la responsabilidad de responder ante los demás, de aportar con el conocimiento, de dar credibilidad a la investigación.

Principio de Socialidad.- Consiste en la promoción de la vida y de la salud de la sociedad, a través de la promoción de la vida y la salud de la persona singular, su finalidad es el “bien común”. Este principio está integrado con el de subsidiariedad que prescribe la obligación del cuidado de los más necesitados. Se deriva del respeto recíproco interpersonal fundado en el reconocimiento de la dignidad de la persona: la persona es fuente y fin de la sociedad, en cuanto se realiza participando en la realización del bien de sus semejantes.¹⁹ Al ser nuestros sujetos de estudio los pacientes, se valoró su punto de vista tal cual ellos lo manifestaron y cuyo análisis servirá para mejorar el trato que brinda la enfermera y por ende promocionar la vida y la salud en común.

CAPÍTULO III. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE DATOS

Siendo el objeto de estudio la percepción del paciente sobre su relación interpersonal con la enfermera. Se tuvo como resultado la relación de categorías como producto del tratamiento de los discursos que dan cuenta del caso construido.

1. PERCIBIENDO ELEMENTOS CLAVE DE UNA RELACIÓN TERAPEÚTICA DURANTE LA RELACIÓN INTERPERSONAL

- 1.1. Confianza por la atención personal y oportuna a sus necesidades
- 1.2. Empatía durante la relación inter personal
- 1.3. Cultivando la esperanza a través de la información oportuna

2. EXPERIMENTANDO BUEN TRATO DURANTE SU RELACIÓN INTERPERSONAL CON LA ENFERMERA

- 2.1. Sintiéndose en un ambiente Familiar
- 2.2. Mejorando su estado de ánimo

3. PERCIBIENDO DIFERENCIAS EN EL TRATO SEGÚN EL CARÁCTER DE LAS ENFERMERAS

1. PERCIBIENDO ELEMENTOS CLAVE DE UNA RELACIÓN TERAPEÚTICA DURANTE LA RELACIÓN INTERPERSONAL

Los pacientes durante su relación interpersonal con las enfermeras identificaron elementos clave propios de una relación terapéutica o de ayuda al paciente. Entre los elementos encontrados tenemos: confianza, empatía, esperanza y forman parte de la primera fase de toda relación de ayuda: la acogida o fase del encuentro que debe de preceder a cada encuentro y permitirá ganar la confianza de los pacientes.^{7, 20}

Si bien es cierto, la relación terapéutica se caracteriza principalmente por ayudar al paciente a descubrir otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a la situación actual, es decir posibilitar un cambio⁷, la relación terapéutica para Morrison²⁰ consiste también en posibilitar relaciones humanas potenciadoras de actitudes que favorezcan las interrelaciones humanas. Actitudes que las enfermeras poseyeron y brindaron, significando de acogida de ayuda desde el percibir de los pacientes.

Relación interpersonal de acogida, de sentido brindada por las enfermeras dentro de un contexto hospitalario en el que cobra importancia los aspectos relacionales de la comunicación, quiénes son estos actores, qué roles asumen, que van a determinar la relación.⁷ Relación interpersonal en la cual sus transacciones fueron determinadas por las necesidades vitales y emocionales a causa de la enfermedad y permitió crear un significado desde la percepción de los pacientes.

1.1. Confianza por la atención personal y oportuna a sus necesidades

En un contexto hospitalario el profesional dirigió su energía básicamente y en primer término a equilibrar o estabilizar las necesidades básicas del paciente, es decir a un nivel de cuidados secundarios y terciarios de salud: restablecer su salud, aliviarles de la enfermedad, darles confort y seguridad⁷, que sin lugar a duda los pacientes lo han considerado como vital para su recuperación y en ellas centraron sus percepciones.

Las enfermeras lograron este clima de confianza al tener una actitud de acogida satisfactoria con los pacientes, al respetar su derecho de ser ayudados cuando lo han necesitado, tal y como ellos lo proponen, focalizando sus demandas a las necesidades fisiológicas vitales disminuidas por la enfermedad: Sueño, sed, aire, descanso, calmar el dolor, seguridad, confort a fin de restablecer un cierto equilibrio u homeostasis.⁷ Así tenemos las siguientes unidades de significado:

“El trato está en función de lo que me van a hacer, del tratamiento que me están dando en relación a lo que necesito. Influye, porque te da confianza al estar segura de que lo están haciendo bien, de no tener miedo, de que te van a proteger. Algunas enfermeras se preocupan hasta si mi mariposa está bien puesta, si me duele, no me duele, están al constante” (pct. Margarita)

“Las enfermeras cumplen con su trabajo, me vienen a poner los medicamentos, me examinan, controlan sobre el pulso, si está bien la presión, todo eso. Se van, después vuelven a vernos a cierta hora y vuelven a controlar, yo me siento tranquilo, confiado así se como estoy...” (pct. Pompo)

Las enfermeras al respecto manifiestan lo siguiente.

“Las personas te van a aceptar, van a colaborar cuando entienden que todo lo que tú le estas diciendo y haciendo es bueno para su recuperación. Aunque a veces algunos se sienten con malestar, dolor, por decir si está con fiebre, ile voy a poner una ampolla!, ellos entienden que ese pinchazo será para bajar la fiebre. Ellos van a entender: se les informa, se les dice, para que va a servir lo que estoy haciendo” (enf. Virgo).

“Se debe de crear un ambiente positivo de confianza en el cual el paciente esté seguro de la atención que le estás brindando: preguntándole ¿cómo se siente?, ¿qué le molesta?, si tiene dolor y sobre otras necesidades” (enf. Libra)

La confianza durante el trato dependió mucho de la atención oportuna a

sus necesidades vitales, por el dominio de la enfermera en conocimientos y procedimientos en torno a la enfermedad, saberes fundamentales para quienes trabajan en ambientes hospitalarios porque se verá reflejado en la evolución y en la recuperación de los pacientes. Es parte vital de la relación terapéutica, es “la convicción de que otros sujetos son capaces de ayudar en momentos de necesidad y que van a hacerlo”. Solo así la enfermera ha podido lograr resultados fructíferos al actuar guiada por el interés del paciente: Cuando dice que volverá dentro de un tiempo determinado y allí está, cuando es honesta con el paciente y cuando mantiene una comunicación clara con ellos.²⁰ Comunicación que ha girado en torno a la satisfacción de sus necesidades vitales para poder restablecer la salud.

La satisfacción a sus necesidades fisiológicas vitales, es en esta investigación la demanda manifiesta, que para Cibanal se constituye en un imperativo básico y necesario para establecer una relación terapéutica. Es importante tener una actitud de acogida satisfactoria con el paciente, respetar la naturaleza de la relación tal y como él la propone, él es el protagonista y se le conceden ciertos derechos que deben ser reconocidos: tiene valor y dignidad porque es un ser humano y se encuentra en una situación difícil y experimenta un malestar consciente o inconsciente que es necesario calmar, por ello tiene el derecho de ser respetado y ayudado cuando lo necesite. Cuando se dan estas condiciones, es posible que el paciente se abra al profesional y pase a la siguiente fase de la relación de ayuda, la demanda latente.⁷ De aquellas necesidades que no fueron evidentes y están por explorar, partiendo en este caso de sus necesidades demandadas, desde sus concepciones que manejaron y acogidas por las enfermeras tener la oportunidad de ayudar en otras necesidades en las que pudo intervenir.

El profesional de enfermería durante sus interacciones con los pacientes, debe de ser consciente de que toda demanda, no manifiesta solamente la necesidad que expresa aunque lo parezca, ésta puede indicar la demanda de algo más profundo. La actitud del profesional de enfermería, en lugar de querer continuamente atenuar los signos y síntomas manifestados

por las personas que piden ayuda, los debe acoger sin emitir juicios, con empatía, autenticidad, respeto, lo que es evidente en la presente investigación desde la perspectiva de los sujetos de cuidado. Pero partiendo de la confianza ganada; el profesional durante la relación terapéutica debe de pasar de una primera intervención, aquí los cuidados relacionados a la enfermedad, a los cuidados de salud primaria, la prevención.⁷

La prevención en salud, significa ayudar a las personas a partir de sus experiencias de salud a movilizar sus recursos y energía a desarrollar su mejor funcionamiento en todos sus aspectos biológico, psicológico, social y espiritual, a fin de posibilitar un cambio, es tratar de ver a la persona como un todo; cuidando su cuerpo afectado por la enfermedad, favoreciendo su evolución tal cómo lo hicieron las enfermeras en este caso logrando la confianza y el entendimiento de los pacientes a partir de sus necesidades manifiestas, realizando transacciones a este nivel en el cuidado, pero también es una oportunidad de ayudarles a partir de su experiencia de salud a movilizar sus recursos, sus capacidades, para posibilitar un cambio, mejorar en todos los aspectos de su ser.

Porque es en los ambiente hospitalario que se entrecruzan los aspectos técnicos del cuidado con los sentimientos y estados emocionales de los pacientes, como lo mencionan: *“influye porque te da confianza qué lo están haciendo bien, ...te van a proteger”*; observando cómo las personas dieron valor a su bienestar en la totalidad de su ser y confiaron, sintieron que la enfermera es la responsable de su cuidado el profesional al tener acceso a todo el ser de la persona con la relación interpersonal pudo haber llegado más halla de ganar la confianza en relación a la satisfacción de sus necesidades inmediatas, tuvo la posibilidad por ejm. de explorar la dimensión, la intensidad de sus sentimientos de seguridad y protección, de cómo enfrentan la situación y partiendo de ellos abordar otros aspectos y necesidades que para los pacientes pudieron ser hasta inconscientes.

La prevención en salud desde un contexto hospitalario consideramos

que es también, ayudar a los pacientes a darle sentido a su experiencia de vida para que les sirva en su desarrollo personal. Así menciona Malo Pé²¹; el mantener, restaurar la salud y todas las necesidades vitales, son tendencias a la conservación de la vida; la autonomía, la autorrealización surgen del deseo de posesión, ambas inclinaciones tienen en común buscar apoderarse de aquello que es necesario para la expansión y afirmación de la propia vida individual, pero el deseo de posesión supera lo estrictamente biológico, es también espiritual, para las necesidades humanas su satisfacción no es la meta, sino más bien el punto de partida en un proceso que lleva a aumentar y encauzar el interés y la energía psíquica en una determinada dirección, en caso de enfermedad buscar y encontrar el sentido personal de los sentimientos corporales.

La tendencia a la posesión es, pues, un medio respecto al fin, el vivir de acuerdo con la dignidad de la persona²¹. De allí la importancia de poder ayudar a los pacientes a encauzar, canalizar sus energías a tal fin, a posesionarse de sí mismos, desde la hospitalización, la enfermedad, su corporalidad, ayudarles a encontrar sentido a su existencia con el desarrollo de todas sus dimensiones y potencialidades; la confianza y sus percepciones puesta en el profesional no sólo en función de la satisfacción espontánea a sus necesidades derivadas de la enfermedad como objeto o motivación de su actuar. Así se evidenció durante las prácticas hospitalarias: los confiados, complacidos y agradecidos que se sienten los pacientes al ser atendidas sus demandas de cuidados en relación a restablecer su salud y que en algunos inclusive la demanda se torna repetitiva, urgente, cuando sienten que son atendidos, y de no ocurrir puede resultar en frustración de no encontrar satisfacción o cuando la evolución de la enfermedad no es favorable, en este sentido se debe hacer ver que la persona no se debe identificar únicamente con su cuerpo, tiene otras dimensiones de su ser por perfeccionar.

Ante lo expuesto, Maslow citado por Petre²² plantea a través de su escala de necesidades, no se requiere satisfacer perfectamente ninguno de los niveles de la jerarquía. Al cubrir en parte las de orden inferior (las de

supervivencia) pueden surgir las de orden superior que van a ayudar a controlar más la conducta, ya no se sienten motivados por las diferencias, sino que desean crecer y alcanzar su plenitud, ampliar los horizontes, fue una oportunidad ayudarles a dar sentido a su existencia, a la enfermedad a partir de su experiencia de vida a pesar de la vulnerabilidad, la falta de vitalidad que significa enfermar.

Ahora bien, desde la relación interpersonal con los pacientes ¿Cómo cuidamos?, ¿qué sentido le damos a nuestro cuidado hospitalario?, ¿Cómo intervenimos desde las percepciones de los pacientes? conocemos claramente sus demandas de cuidado o se evidencia ese constante “hacer para”, para restablecer la salud física, un marco referencial y concepciones en el que quizá se guiaron tanto la enfermera como el paciente. La prioridad y la confianza puesta en la satisfacción de sus necesidades vitales en los pacientes son propias y espontánea porque la enfermedad se experimenta cómo contraria al vivir y en buena medida dependió de sus expectativas y de sus costumbres. Pero el profesional de enfermería debió de ser consciente de la dimensión holística de sus cuidados a las personas que atiende y ayudarles a dar significado a sus experiencias. Es la enfermera con recursos, conocimientos sólidos, pero no con poder absoluto, quien atiende, quien brinda una relación de ayuda, en quien puede confiar el paciente⁷.

El cuidado implica entonces un constante revalorarse, reeducarse, un cambio de mentalidad, que nuestro cuidado gravite alrededor de diversos saberes: saber ser (valores, creencias, convicciones, actitudes), saber (conocimiento, comprensión, análisis crítico, síntesis) y saber hacer (habilidades relacionales, técnicas). Estos saberes convergen hacia la competencia necesaria para el cuidado que refuerza y transforma al otro.⁹ Sólo así con una sólida base científica y de principios aplicada a nuestro ser y hacer diario podremos ver a la persona en todas sus dimensiones y todas sus necesidades tanto las manifiestas cómo las latentes y saber intervenir con su participación, evidenciando de esta forma cómo las enfermeras se guían de un marco conceptual sólido y pone en practica técnicas de relación de ayuda

que repercutiría en la imagen, en la identidad de los profesionales de enfermería.

En el presente caso la participación del profesional de enfermería brindando confianza sin lugar a duda fue significativa de valor desde las percepciones de los pacientes, por la acogida brindada, su cuidado ha sido dado desde la mirada del paciente desde su causa o causas del problema, partir de ellas es como entrar en su mundo o problema por la puerta que él nos presenta⁷, en tal sentido se han sentido confiados, seguros, comprendidos, escuchados, de tal forma que ellos sienten que las enfermeras se identificaron con lo que están sintiendo. Esto significa la capacidad de empatía durante la relación interpersonal.

1.2. Empatía durante la relación inter personal

Empatía significa tener la capacidad de ponerse en el lugar del otro y de ver el mundo como él lo ve para intentar comprenderlo desde él y actuar en consecuencia.⁷ En sus unidades de significado los pacientes hicieron ver la capacidad de empatía que tuvieron las enfermeras durante la relación interpersonal:

“Empatía también, porque no todos los días te levantas normal, yo tengo problemas con el drenaje, un día drené menos y al día siguiente más y me desanimó totalmente, uno lo que espera es recuperarse pronto. Entonces la enfermera que es empática, puede llegar más allá y ver si te sientes bien o no. (pct. Margarita).

“Las enfermeras son comprensivas, nos entienden, incluso cuando me han estado preparando para la operación la señorita me conversaba, me tranquilizó, ella se daba cuenta de que estaba un poco nervioso. (pct. Floripondio)

“Salgo contento de estar acá, bueno a mi personalidad, a mi forma de ser, no he tenido ninguna dificultad, al hablar con ellas me han tratado bien, muy atentas, me han comprendido cuando he querido una ayuda de ellas” (pct. Tulipán)

Las personas identificaron a la empatía como una de las cualidades de las enfermeras: “ponerse en su lugar”, considerar que existen realidades separadas de otra persona, no hacen juicios ni evaluaciones, sino una

aceptación incondicional⁷ “*son comprensivas, a mi personalidad, a mi forma de ser*”, es decir la enfermera tuvo en cuenta el ser individual de los pacientes, aceptándolos como son, sin hacer juicios, manifestando con ello respeto a su dignidad como personas.

El profesional fue capaz de reproducir un estado afectivo que sintonizó con lo experimentado por los pacientes; cualidad para sentir como si fuera la otra persona en la situación. La enfermera asume el rol del paciente⁷, “*la enfermera me tranquilizó, se daba cuenta que estaba nervioso*”. Es decir, la enfermera tuvo en cuenta lo que vive el paciente, su reacción de temor ante la cirugía y lo que él espera de ella, que le comprenda, le de seguridad, confianza.

Pero no basta con que el profesional escuche, comprenda y se conforme con dar una respuesta inmediata a los mensajes del paciente, además debe dar una respuesta refleja, feedback o retroalimentación, significa describir la situación que manifiesta con el fin de que pueda tomar conciencia de su responsabilidad en lo que le sucede, también puede develar lo que permanece latente y permite aportar algo nuevo en la medida que se de al cliente la posibilidad de ver de otra forma su propia percepción.⁷ Es necesario indica Morrinson identificarse con el marco de referencia de la otra persona y comprender porque cree y siente lo que cree y siente. Es necesario estar atento al mismo tiempo al sentimiento y al contenido expresado por los pacientes²⁰. El material que el paciente explora, suministra al profesional los datos necesarios para comprender el problema.⁷

Asimismo argumenta King, la enfermera debe de tener en cuenta sus conocimientos sobre comunicación, al observar la conducta del paciente y verificar la exactitud de sus percepciones con respecto a esa conducta. Es responsabilidad de la enfermera mantener abierta la comunicación con el paciente para poder fijar objetivos.⁸ Comunicación que por la empatía han podido lograr objetivos desde las necesidades manifiestas de los pacientes.

El profesional debió de confrontar los datos con los pacientes a partir de

sus demandas manifiestas en las que intervinieron, porque si bien es cierto los pacientes durante la relación interpersonal se ven identificados con las enfermeras, dada la confianza y la empatía demostrada en cuanto a la satisfacción a sus necesidades vitales, al respeto, la comodidad y el acceso al diálogo durante su permanencia. Lo cual coincidió con las manifestaciones dadas por las enfermeras, pero además ellas vieron que al estar en confianza y comprenderlos, lograron que las personas manifesten sus problemas, sus sentimientos en los que ellas intervinieron:

“Es una relación de ayuda al paciente que recibe los cuidados, relación basada en la empatía más que todo ponerse en el lugar del paciente, permitirle la expresión de sentimientos y comprender esas expresiones de sentimientos, como cuando expresan el dolor, cuando dicen señorita “creo que me voy a morir”, y la relación que uno entabla es lo que permite brindar los cuidados de calidad al paciente porque conoces sus creencias, sus valores, sus sentimientos, sus pensamientos en relación a la hospitalización” (Enf. Géminis)

“La relación con el paciente es positiva porque permite un ambiente de confianza de tal manera que ellos comuniquen sus sentimientos, dolores. Tal vez nos cuentan algunas cosas, el dolor no es físico sino un dolor psicológico que nosotros podemos intervenir. Nos brinda satisfacción la relación como persona, como profesional de poder ayudarles, no es sólo el aspecto del tratamiento algo mecánico, es intervenir en otros aspectos. No solamente vamos y lo miramos como pacientes sino que lo vemos como persona como un todo” (enf. Leo)

Los pacientes desde su punto de vista del rol del profesional y su marco de referencia con el que se manejaron, valoraron y concibieron la empatía sólo viendo esta capacidad en relación a la satisfacción de sus necesidades manifiestas a causa de la enfermedad, de allí que si la enfermera intervino en otros aspectos ellos no lo percibieron como parte de su cuidado, de las funciones de enfermería, porque ellos durante sus manifestaciones se centraron más en el proceso de su recuperación. De lo cual se puede deducir el valor, el rol asignado a su cuidador: atender, restablecer su salud física.

Tenemos cada uno nuestra propia manera de ver las cosas a causa de nuestras propias necesidades, fines personales (conscientes o no). Los pacientes focalizaron sus percepciones en torno a satisfacer sus necesidades de acuerdo a las categorías con que se manejaron. Lo más importante, sus

necesidades vitales, han estado en el centro de sus percepciones durante su relación interpersonal, y durante sus manifestaciones el resto ha quedado desenfocado “lo que es fondo, no puede ser a la vez foco”, el focalizar la atención en algo nos imposibilita discriminar en el mismo grado otras cosas que quedan como fondo⁷.

De allí que si las enfermeras intervinieron en otras necesidades como en sus problemas familiares, sobre sus creencias, debió hacerles ver que sus intervenciones fueron parte de sus funciones, de su cuidado, de su rol, porque “hablando de lo mismo no hablamos lo mismo, cada quien construye su realidad que es diferente para cada uno, y en función de cómo construimos y captamos la realidad así nos comunicamos.⁷ Debemos de demostrar que lo que la sociedad entiende como natural en la relación interpersonal es parte de un proceso de cuidado.

Si en la percepción, se objetivan los contenidos de la experiencia según el entendimiento de los pacientes y por el carácter existencial que significó la hospitalización para ellos, sería necesario que desde ese contacto sensible y práctico con la enfermera en quien confía por su competencia, y porque les comprenden; intervenir desde sus percepciones, desde cómo asumieron sus experiencias, ayudarles a integrar el mensaje la idea del por qué y el para qué, de sus intervenciones con sus pensamientos. No hay que olvidar, indica Fabro, que la experiencia es el principio de cualquier mediación ulterior del saber y que permanece como instancia de referencia en la formación de los conceptos.³

Así también menciona Piaget, “el hombre necesita elaborar estructuras internas para captar el mundo y esos mecanismos suponen una cierta mediación que, posteriormente, queda reforzada por el aprendizaje, la formación de hábitos y la actividad intelectual”. Reducir el pensamiento a simple medio para satisfacer las necesidades no empobrece solo el pensamiento, sino también a la persona, quien puede perder de vista la función principal del pensamiento: ayudarla a encontrar el sentido de la

propia existencia.²¹ La relación interpersonal con empatía que caracterizó a las enfermeras desde esta perspectiva deben de ser constructivas, no sólo en el sentido del cuidado corporal percibidas desde los pacientes sino fundamentalmente en el sentido interior, desde la razón para que logren equilibrio y una vida más plena.

En este sentido es responsabilidad de la enfermera mantener abierta la comunicación porque cada una de las fases de las actividades puede influir en la percepción⁸ tener presente durante la interrelación que para fijar un conocimiento cuando intervino en sus problemas, es importante tener en cuenta las percepciones de los pacientes en la adquisición del conocimiento, como indica Fabro³, para desear y querer es preciso antes percibir y conocer de algún modo, de allí la importancia que tienen las percepciones de los pacientes en la relación interpersonal, y la importancia de enviar claramente los mensajes que les queremos transmitir con el uso del feedback, asegurar las respuestas y mediante la empatía lograda por la satisfacción a sus necesidades ayudarles a que actúen sobre sus recursos internos a descubrirse a sí mismos, a integrar su experiencia a sus nuevos conocimientos a deshacerse quizá de sus ideas falsas en torno a su cuidado, al significado de salud-enfermedad, al rol de la enfermera.

Se comprende entonces que la relación de ayuda no es una conversación donde se abordan diferentes temas y donde se habla por hablar, sin llegar a nada en concreto, ni tampoco consejeras que proponen soluciones al problema.⁷ Puede haber más dinamismo en el sistema de interacción, abierto al proceso de cuidado, a un marco conceptual en común para la elaboración de objetivos y acciones concretas. Es el personal de enfermería en su práctica diaria el responsable de observar, medir, verificar, entrevistar, asistir y buscar el significado de la conducta del paciente y poder ayudarle a acercarse a los objetivos. Logrando así mayor efectividad en el cuidado, con resultados satisfactorios para ambos.⁸

Pero en la realidad diaria el profesional no siempre tiene la habilidad

para una comunicación asertiva, o no está preparado el mismo para comprender a los demás, para una relación terapéutica que identifique al profesional de enfermería, e inclusive el profesional de enfermería no ha interiorizado un marco teórico del cual se guíe en la práctica diaria, esto en parte porque muchas veces los sistemas hospitalarios no prestan las condiciones para esta intervención: ambientes poco individualizados, falta de tiempo, etc. Además las habilidades personales para ésta dimensión de cuidado no son tan simples como las habilidades técnicas adquiridas con la práctica y que los pacientes constataron aquí al sentirse confiados por la atención a sus necesidades básicas.

Morrison nos da unas pautas a considerar: se requiere de sensibilidad hacia los demás, capacidad de hacer observaciones agudas y la voluntad de aprender, sólo haciéndose responsable de su propio crecimiento y desarrollo el profesional va ganando capacidad para comprender la naturaleza de las cosas y adquirir sabiduría con la experiencia, sabiduría de conocerse a sí mismo y la visión clara para conocer a los demás, es una valiosa herramienta para desarrollar la propia conciencia y por consiguiente la eficacia terapéutica.²⁰ El profesional adquirirá por tanto mayor capacidad perceptiva con significados propios, teniendo en claro su labor de mejorar, potenciar el desarrollo de las personas a su cuidado; será más reflexiva y estará más comprometida en relación al porqué y para qué de una relación asertiva.

El otro elemento importante para que exista una relación interpersonal de ayuda a los pacientes en un ambiente hospitalario es la esperanza.

1.3. Cultivando la esperanza a través de la información oportuna

Las personas cuando son hospitalizadas necesitan mantenerse informadas sobre la evolución de la enfermedad, los procedimientos médicos a seguir y recurren al personal de salud, en este caso las enfermeras en quienes han confiado por su competencia profesional al brindarles cuidados oportunos y mantenerlos informados sobre la evolución de la enfermedad.

Ante la necesidad de ser informados, Sandrid²³ considera que la información en un ambiente hospitalario es imprescindible, dadas las intervenciones médicas, diagnósticas o terapéuticas, etc. Estas representan amenazas importantes para el equilibrio psíquico del paciente, la enfermedad vista es un peligro real que se manifiesta con un estado de tensión, de intranquilidad, de incertidumbre, preocupación acerca de la enfermedad y sus consecuencias. Es lo que dejaron entrever los pacientes en este caso “Yo he estado tan mal,..” “...cuando uno recién se interna, estás desorientado,...”. Aquí presentamos algunas unidades de significado.

“Las enfermeras me han tratado muy bien, yo he estado tan mal y ellas me han ayudado en el sentido de darme ánimo, alentándome hablándome, explicándome sobre la enfermedad y que poco a poco iba a ir mejorando” (pct. Azucena)

“Las enfermeras nos informan, porque cuando uno recién se interna, está desorientado, te explican, te dicen lo que tienes que hacer. Cuando me han preparado para la operación me conversan, me tranquilizan sobre la operación, que es sencilla, del tiempo que durará y que los médicos son buenos operando” (pct. pompo)

“Las enfermeras al darnos los medicamentos, nos explican para qué sirve, que la herida va a ir mejorando, que tenga cuidado con la pierna al bajar, hay más seguridad cuando te explican” (pct. Violeta)

Los pacientes percibieron como significativo para que se dé una buena relación interpersonal, el mantenerse informados adecuadamente, en términos que puedan ser comprendidos por ellos y reducir su estado de ansiedad, su miedo ante lo desconocido, la evolución de la enfermedad. Las enfermeras al informarles sobre su estado de salud, la evolución de su enfermedad, han logrado que se sientan confiados, seguros de mejorar y también por sentirse alentados en el día a día llenándolos de esperanza, de que a futuro van a superar la enfermedad.

Para muchas personas en especial los enfermos, el futuro puede parecer poco prometedor, para los pacientes la esperanza es una fuerza vital dinámica, multidimensional, caracterizada por una expectativa confiada, aunque incierta, de alcanzar un buen futuro. Para establecer una expectativa,

ésta debe ser realista, posible y personalmente significativa.²⁰ Significativa para los pacientes al estar informados de la evolución de su enfermedad, de lo que venía a futuro, de cómo quedarían, de cuándo podrían regresar a trabajar y en qué condiciones, etc. Porque si no son informados, su ansia, su preocupación puede ser excesiva derivada de una valoración errónea que hace el paciente de las causas y de la gravedad de la enfermedad²³. Al ser informados los pacientes reaccionaron positivamente al tratamiento, se adaptaron al ambiente hospitalario y sobre todo se sintieron más serenos y seguros con la acertada información de las enfermeras.

Lo que significó que cultivar la esperanza a través de una información oportuna por el personal de enfermería fue un instrumento terapéutico poderoso, dado el estado de incertidumbre a causa de la enfermedad que pudo provocar manifestaciones de ansiedad, miedo, tensión e intranquilidad en el paciente. Las enfermeras lo consiguieron al estar atentas a la solicitud de apoyo y de aliento del paciente, al reducir su miedo y ansiedad al informarle adecuadamente de su estado de salud.

Cabanyes²⁴, considera además que mantener la esperanza es una oportunidad de ayuda al paciente para darle significado a la enfermedad, así lo refiere, transmitir esperanza es ayudar a dar un para qué de la dolencia, que no queda encerrada en las coordenadas de tiempo y de espacio, y que es compatible con la ausencia de posibilidad de curación. Concepción que tiene sentido cuando se habla ya de dar significado a los sentimientos corporales ante la enfermedad, a tener en cuenta porque en la práctica vemos que a pesar de un buen pronóstico médico de la enfermedad, de la intervención quirúrgica se puede asegurar y obtener la evolución esperada.

Entonces, confianza, empatía y esperanza fueron elementos importantes, necesarios, durante la relación interpersonal enfermera-paciente en este caso, además porque algunos pacientes mencionaron haber sentido cierto miedo antes de interrelacionarse con las enfermeras al estar condicionados por una imagen negativa de ellas, por sus experiencias

pasadas. Así lo identificamos en las siguientes unidades de significado:

“A veces tenemos temor porque he visto anteriormente con unos familiares, te riñen, uno ha visto y se queda con eso, cuando vine yo pensaba cómo será?, cómo me tratarán? Pero no es así té ayudan, me decían cuidado, tranquila, no me reñían ni decían iapúrese! (pct. Camelia)

Yo he tenido suerte con las enfermeras porque yo había escuchado comentarios que algunas enfermeras son entre comillas medio toscas para tratar al paciente pero en mi caso no (pct. Rosa)

Los pacientes ante el peligro evidente de la enfermedad a su vitalidad, la dependencia de los cuidados, han sentido miedo al evocar en su memoria un maltrato por parte del profesional en sus experiencias pasadas, significa que han estado influenciados por sucesos pasados que dan razón de su percibir actual. Es la organización que se establece en los contenidos de la experiencia pasada la que domina y da razón del percibir actual³.

En las personas al confluir todas sus facultades activas durante la percepción y en relación con su estructura psíquica propia e inconsciente organizada y representada por acontecimientos precedentes, una vez experimentado un objeto y un contenido de un valor dado queda en el sujeto como una huella, por la cual puede evocar la representación del objeto en su imaginación y su memoria y apreciar los objetos según las relaciones que mejor convengan a sus necesidades.³ En tal situación el estímulo ha sido disipado por la acogida de las enfermeras.

Expuestas las presentes unidades de significado en las cuales los pacientes percibieron confianza, empatía, esperanza durante la relación interpersonal, elementos clave que les permitió experimentar buen trato durante su relación interpersonal develadas en la siguiente categoría.

2. EXPERIMENTANDO BUEN TRATO DURANTE SU RELACIÓN INTERPERSONAL CON LA ENFERMERA

La presente categoría refleja la acogida que tuvieron los pacientes dándole un significado, una interpretación a su experiencia como producto de

sus percepciones durante su relación interpersonal con el profesional enfermero en el contexto hospitalario, ellos calificaron el trato de la enfermera como bueno por la competencia de los profesionales, que en forma consciente y espontánea brindaron durante la relación interpersonal.

En este sentido para la calificación del trato que dieron las enfermeras Fabro³ indica que durante la percepción, son los sentimientos junto con el conocer y con la actitud tendencial los que proporcionan una aportación decisiva para la cualificación de los objetos por parte del yo, puesto que en los sentimientos vivimos inmediatamente la esencia de las situaciones contingentes del yo en nosotros y en los otros.³ Cualificación del trato que brindó la enfermera en el cual los pacientes desde sus sentimientos de bienestar, de confianza al sentir satisfechas sus necesidades de cuidado, en relación con sus expectativas del rol de su cuidador y por la capacidad comunicativa al relacionarse de las enfermeras les permitió dar el significado de “buen trato” y su caracterización, además de cómo repercutió en su comportamiento y en su recuperación. Todo esto se procuró plasmar en las siguientes subcategorías:

2.1. Sintiéndose en un Ambiente Familiar

Al peligro de la enfermedad se suma el tener que adaptarse a un nuevo ambiente, porque el ingreso hospitalario aísla al paciente de su ambiente habitual, de la cotidianeidad de su trabajo, de la vida familiar y social, donde se es reconocido, aceptado, cuidado, amado²³. Así lo expresó una de las participantes:

“Yo estoy viviendo acá, ya tengo una semana y prácticamente es estar sólo sin tu familia, durante el día tenemos una hora para la visita, entonces vives la mayor parte del tiempo con las enfermeras. Ella es la que tiene que ayudarte, conversarte...” (pct. Margarita)

En los discursos de las enfermeras también percibieron esa necesidad en los pacientes y brindaron esa familiaridad.

“El paciente se siente contento cuando hablamos con él, porque si

la hospitalización es una experiencia nueva para él, digamos que sale de su medio en que vive, al que esta acostumbrado y para ellos es un poco difícil estar en un ambiente hospitalario sea la primera o segunda vez, para ellos es un cambio, salir de casa, estar con otras personas desconocidas las 24hrs. del día , y sólo cuando es la hora de visita están con sus familiares y la mayor parte es la enfermera quien esta con ellos, tratamos de crear un ambiente familiar” (enf. Géminis)

Es decir hubo una convivencia con el personal de enfermería al cual el paciente debió de adaptarse. Así lo indica Morrinson, en el hospital el paciente se siente inseguro por diferentes factores: la enfermedad misma, la novedad del mundo hospitalario, la ignorancia de sus leyes, la separación de la familia, la dificultad de adaptarse y de conocer al equipo de salud que le asiste, y se expresa en la búsqueda de familiaridad, de estabilidad, de reconocimiento, y de protección contra el peligro.²⁰ La familiaridad se encontró en la acogida de sus perspectivas, papel importante en la gratificación de esta necesidad, lograda cuando se está con los suyos; las enfermeras tuvieron por tanto una situación especial, al estar al lado de los pacientes las 24 horas del día brindándoles confianza, al atender sus demandas de cuidado y que para ellos significó también en aceptación reconocimiento y afecto. Dado que esta familiaridad se ha caracterizado por las demostraciones de cariño de parte de las enfermeras durante el cuidado y el trato a las personas.

El cariño lo percibieron durante las interacciones tanto con sus expresiones verbales y no verbales incluso por la forma cómo manejaron los equipos y materiales para su atención, demostrándoles que son cariñosas con ellos y que realizaron con agrado, voluntad y satisfacción su cuidado. Es decir, hubo congruencia entre lo que expresan verbalmente y lo que hacen, como mencionó una de las participantes son “*espontáneas*”. Así se evidenció en las unidades de significado:

“Las enfermeras..., hacen su trabajo con amor, con cariño, no lo hacen por cumplir o ganarse el dinero,” (pct. Lirio)

“Cuando he querido una ayuda, que vean si está bien el suero, que levanten la cama, las enfermeras me han tratado bien, te hablan, con paciencia te escuchan. Como le digo no me quejo, no tengo una mala imagen de ellas, son cariñosas, sencillas, caritativas,

saludan muy atentamente.” (pct. Tulipán)

“En su trato las enfermeras son amables, espontáneas cuando necesitaba algo venían y atendían con cariño, hacían con cariño su trabajo, se veía en la expresión de su rostro en su tono de voz al hablar, la manera de manipular los equipos con cuidado sin apuro” (pct. Rosa)

“...cuando uno está enfermo, necesitas más cuidado, te vuelves más chochita” (pct. Magnolia)

Las enfermeras manifestaron:

“La interrelación con el paciente en general es buena, porque se les trata con cariño. Yo pienso que si tú tratas bien te van a recordar bien, en respuesta a ese cariño y amabilidad. Tú les debes hablar con cariño y con comprensión” (Enf. Virgo)

“Para mí es satisfactorio ayudarles, estar presentes cuando lo requieren, darles un trato humano, hablarles con cariño, una palmadita en el hombro, que se yo, ellos se van agradecidos, a veces siento que quisiera dar más pero no siempre se puede”(enf. Libra)

La espontaneidad, la autenticidad de las enfermeras, denotó cómo han sabido cuidar los contenidos, los sentimientos, las formas⁷ en todo su actuar, reflejado en el cariño y que refuerza su confianza, al sentir satisfecha su necesidad de afecto, de cuidado, de aceptación incondicional por parte del profesional, como expresó un participante “..., no lo hacen por cumplir o ganarse el dinero”. Morrinson explica, los pacientes suelen cuestionar la capacidad del profesional de enfermería para prestar un auténtico cuidado, las personas que han tenido experiencias negativas con el sistema de asistencia sanitaria, como lo expresaron anteriormente en sus experiencias pasadas, pueden volverse cautas y suspicaces acerca de las intenciones de sus cuidadores, “pueden detectar” cuándo alguien es sincero o cuando sólo está preocupado por el diagnóstico o por los resultados de las pruebas en vez de por la persona.²⁰

Pero la congruencia manifestada en su sentir y hacer de las enfermeras y que ha sido percibida por los pacientes se dio y les permitió sentirse reconocidos, queridos. Esta congruencia, ha sido un hecho consciente en las enfermeras, así refiere Rogers citado por Cibanal “el sentimiento que

experimento, sea cual sea, estará de acuerdo con la consciencia que tengo de mí mismo. En tal caso, yo me siento como integrado y unificado, y es entonces cuando puedo ser yo mismo en lo más profundo de mi ser”.⁷ Es consciencia de sí mismas que tuvieron las enfermeras de su labor de cuidado, de su labor de servicio a los demás, de allí su estado de satisfacción al dar cariño, afecto a quienes lo necesitaron, los pacientes.

Estado de satisfacción, porque cuando se quiere el bien de una persona experimentamos también nuestro propio bien, afirmación que da Lewis²⁵ al tratar sobre el Amor en sí mismo, y refiere sobre el afecto, tiene como base el instinto maternal que tiene toda persona y sobre todo caracteriza al sexo femenino, desear el bien de quienes necesitan de su cuidado, es un amor que necesita dar y ser necesitado, “amor necesidad” lo denomina Lewis, capacidad de dar afecto, correspondencia a las demandas de los pacientes de un cuidado amoroso, en los cuales lo amado se ve en función de la propia necesidad: de seguridad, de protección, de reconocimiento, innato en el hombre. Y ante la dependencia de cuidados se incrementó esta necesidad de cariño, como mencionó una participante, “...necesitas más cuidado, te vuelves más chochita”, entonces se espera que el trato sea “especial”, quizás con más cariño del esperado.

Trato cariñoso, acogedor meritorio en enfermería de mostrar cariño a quienes lo necesitan, porque no basta la inteligencia y la voluntad en el cuidado si se descuida la afectividad²⁰, y para los pacientes en este caso significó de ayuda de acogida a sus necesidades de afecto y cuidado. Así también el sumo pontífice Benedicto XVI enfatiza en su encíclica sobre el amor al prójimo que debe tener todo profesional de la salud. Un primer requisito fundamental es la competencia del profesional pero por sí sólo no basta, se trata de seres humanos y los seres humanos necesitan algo más que una atención técnicamente correcta. Necesita humanidad, atención cordial, una atención que sale del corazón.²⁶ Un derecho a la ternura que experimentaron los pacientes y una capacidad de darla de los profesionales de la salud. Entonces una característica que deben tener y que poseyeron las

enfermeras durante el trato es poder brindar afecto, cariño.

Pero además el amor debe de ser el fundamento de nuestro cuidado así lo reconoce Cabanyes, citando a Laín, “el más hondo fundamento de la medicina es el amor (...) Si nuestro amor es grande, grande será el fruto que de él obtenga la medicina; y si es menguado, menguados también serán nuestros frutos. Pues el amor es lo que nos hace aprender el arte, y fuera de él no nacerá ningún médico”²⁴, o ninguna enfermera. Grandes serán nuestros frutos si por amor al paciente ponemos todos los recursos, conocimientos y técnicas para ayudar a las personas íntegramente. Porque las necesidades de los pacientes si lo vemos en todas sus dimensiones son un hecho real, nos implica, nos compromete; hay que protegerlo, valorarlo, quererlo en la medida que lo necesiten.

Es un hecho a considerar porque en la práctica diaria reconocemos que no somos capaces de aceptar, tolerar, a todos los que atendemos y ser conscientes que el sufrimiento ajeno es parte de nuestro cuidado, tenemos limitaciones cómo seres humanos que somos. Es necesaria la ayuda de Dios, de un Amor sobrenatural, para poner en práctica la caridad por nuestros semejantes, sin ella nuestros deseos y nuestras necesidades entran en conflicto.²⁶

Desde esta concepción del amor al prójimo y desde la percepción de los pacientes cobra sentido la naturaleza que tiene la enfermería, “la manera en que las enfermeras desde su posición hacen con y para las personas” y la importancia que cobra la diada enfermera - persona en el logro de objetivos⁸, aquí lo referimos desde el personalismo de Burgos²⁷ quien citando a Nédoncelle refiere, la relación “yo-tú”, es una relación por excelencia, es la manifestación de nuestro existir. La diada Yo-Tú es un elemento esencial, la persona encuentra frente a “él” un “tú” y para crecer debe acogerlo y relacionarse con él. Para que la relación produzca resultados esperados requiere que se establezca un vínculo de amor y la voluntad de promoción de su yo, además nos influye positivamente a construir nuestra identidad²⁷.

Desde esta mirada del amor al prójimo, considerando un cuidado holístico y los sistemas interactivos para el logro de objetivos y teniendo como base del proceso de cuidado la relación de ayuda, comprendemos la naturaleza de la enfermería, es un: un “hacer con”, “un ser con” los pacientes y sobre todo un crecer por medio del trato, más allá del deber cumplido.

Es a través del cariño, el reconocimiento de los pacientes y la voluntad que se puede establecer un cuidado y las enfermeras en este caso lo hicieron desde sus dominios de cuidado que manejaron y que hubieran podido aprovechar con el uso de técnicas en relación de ayuda para ir entrando en su mundo y reconocer otras demandas de cuidado. La dimensión sensible es la primera puerta de entrada del mundo en el yo interior y es cause para la relación con los demás.²⁰

Por lo tanto para que la relación interpersonal con los pacientes de frutos, les ayude en la promoción de su yo, en su desarrollo debió ser dada con amor y con profesionalismo, con un marco teórico que gué las acciones de cuidado. El vínculo enfermera-enfermo debe ser una relación predominantemente secundaria con características de relación primaria; en realidad, no existen relaciones puramente primarias (relación paterno filial en base a satisfacer necesidades básicas), o secundarias con un fin determinado, productivo y en ellas la afectividad tiene un papel menos predominante (relación profesional).¹ Relación centrada en el paciente tener la capacidad de empatía, de cariño, pero a la vez saber guardar la distancia para ver objetivamente el problema.

Es por eso necesario en el profesional, educar la afectividad para darla adecuada y oportunamente durante la relación interpersonal; así explica Cabanyes una firme educación de la afectividad evitará el riesgo de la ternura de buscar satisfacer la propia afectividad, sin tener en cuenta la necesidad objetiva y el bien del otro. Y a las manifestaciones de ternura, sobre todo las externas hay que aplicarles una medida única: el amor de la persona adecuada a la situación personal.²² De acuerdo a las circunstancias, la

dependencia, el estado de salud, la desesperanza que pudo existir. Porque las necesidades de afecto, pueden tornarse reiterativas, o pueden crear malentendidos para el paciente sobre todo si la estancia es prolongada. Así indica Lewis, el afecto, el amor necesidad por sí sólo no es suficiente, no se le debe dejar que siga su natural inclinación, puede tornarse en exigencia; se necesita razón, sentido común, dar y recibir.²⁵

las enfermeras desde su dominio de cuidados que manejaron al atender sus necesidades básicas, por su capacidad de dar cariño, consciencia de querer el bien de los que cuida, consciencia de que los pacientes dependieron de sus cuidados para que evolucionen favorablemente de la enfermedad, además de comprender sus estados emocionales a nivel de sus demandas de cuidado, capaz de salir de sí misma y de percibir en su propio yo el estado interior de los pacientes necesitados de un trato familiar, de un cuidado maternal, de allí que la enfermera asumió en algunas oportunidades este rol.

El profesional debe ser una persona a quien se pueda recurrir: es decir una persona que le suministra información, que escucha su demanda e intenta darle una respuesta en función de sus posibilidades, en otras palabras asumir el rol de sustituto (madre, padre) con quien el cliente pueda confiarse.⁷ Rol que supieron desempeñar las enfermeras al mostrar un cuidado maternal, al ser afectuosas cuando los pacientes requerían de cuidados, al mostrar interés por cada uno de ellos, al dirigirse con palabras propias de un entorno familiar, al ser oportunas y competentes durante los cuidados dándoles seguridad y confianza de manifestar sus necesidades sin temor, logrando a la vez que se adapten positivamente al entorno hospitalario. Así lo experimentaron los pacientes:

“Las enfermeras vienen, le preguntan a uno...; lo tratan a uno, ¡viejito cómo estás!, “papi”, en esa forma, con esas palabras lo alientan a uno. Uno se siente muy tranquilo en confianza a la cuenta que uno se encuentra en su casa, y llegan los hijos ¡Papi, cómo estás!, llega la esposa igual” (pct. Tulipán)

“La enfermera, te da ese apoyo con todo lo que necesitas eso es lo que da seguridad que uno esté aquí, que te cuiden, te sueltas cómo si la conocieras de hace tiempo, ellas son como de la familia, sin

miedo a que te cohíbas, a que te maltraten, te pongan una cara déspota, no pides nada, te asustas como un niño, no pides nada, acá uno puede pedir cómo en casa” (Pct. Clavel)

Pero por lo que observamos en las unidades de significado, gracias al trato familiar maternal por falta de técnicas en relación de ayuda las personas fijaron su calidad de “pacientes” o receptor dependiente de cuidados, visto desde su percepción, como seres necesitados de cuidado. Dependencia que varía de acuerdo a la situación de cada persona, a la gravedad de la enfermedad, la personalidad, la edad, la manera de percibir la enfermedad, reacción natural de protección de todo organismo que se repliega sobre sí mismo en caso de agresión o sufrimiento. Dependencia en virtud también de una cierta “regresión”, fenómeno por el cual se vuelve uno psicológicamente un poco niño, “...te vuelves más chochita”, mecanismo normal si no es profundo y duradero, lo mismo que es del todo normal que el paciente sea más egocéntrico, piense más en si mismo.²³

Así también lo consideró uno de los participantes al no recibir la acogida para sentirse seguro “...ellas son cómo de la familia, sin miedo a que te cohíbas, te sientes como un niño, no pides nada”. Al principio esta actitud de regresión, de dependencia, ayuda favoreciendo la cooperación con el personal de salud; pero si persiste, complica la estancia hospitalaria y obstaculiza el proceso de recuperación del rol normal del adulto.²³ Ante estas actitudes, el profesional de enfermería debió tener cuidado durante sus interacciones en cómo fue percibido por los pacientes, en ese “darse” del objeto frente al sujeto y en el actuarse del sujeto.³ Del trato que brindaron y las interpretaciones que los pacientes pudieron darle.

Entonces el profesional debió de clarificar su rol ante los pacientes porque ellos pudieron crearse falsas expectativas en relación al rol de la enfermera y a su rol mismo al ser correspondido con un trato acogedor, familiar, e inclusive pudo darse una transferencia en cuanto al rol; respuesta emocional del paciente, basada en experiencias del pasado con otras personas significativas. La característica más destacada de la transferencia es la inadecuación de la respuesta del paciente; dado que el enfermo hace

extensiva a una persona (la enfermera) la emoción ligada a otra, hay pocas posibilidades de cobrar consciencia de sí mismo. El paciente de acuerdo a su expectativa se puede tornar hostil, dependiente, sumiso y pasivo; si existe la transferencia el paciente hipervalora las características del enfermero y pone en la relación expectativa inalcanzables.²⁰ Transferencia que pudo haberse dado cuando comparan a la enfermera con un miembro de la familia, de sentirse “cómodos” con ellas, de sentirse protegidos, queridos y si la estancia hospitalaria es mayor pudo aumentar su dependencia.

Frente a ello King indica, las interacciones están orientadas a objetos, y son efectivas cuando las percepciones de aquellos que interactúan son exactas. El mal entendimiento del rol y una percepción distorsionada por cualquier motivo, puede influir en el resultado del cuidado.⁸

Durante las interacciones con los pacientes, el profesional debió de tener en claro su rol, sus acciones, su relación interpersonal debieron de ser guiadas por un proceso de cuidado, por una relación de ayuda con objetivos a lograr, además de tener en cuenta que todas sus interacciones fueron percibidas por los pacientes y ellos de acuerdo a sus expectativas de cuidado dieron significado al rol de su cuidador y además adoptaron un rol, una conducta. Entonces la relación interpersonal en enfermería se constituye en la base de todo proceso de cuidado al tener en cuenta las percepciones exactas para el logro de objetivos durante las interacciones.

Si las percepciones están dirigidas a la aprensión inmediata de las experiencias tanto externas como internas en la vida cognoscitiva de las personas.³ Enfermería durante su relación interpersonal de ayuda a los pacientes, puede ayudarles a través de su participación activa durante las interacciones a ser más independientes, a crear sus propias concepciones, al confrontarse aquí su marco teórico, sus concepciones con los de las enfermeras, ayudarles a confrontarse consigo mismo, con su yo, con su experiencia. Dándole así protagonismo, reconocimiento, participación, lo que disminuiría su dependencia, prevendría la transferencia y sobre todo

incorporaría significados para la conveniencia de su existir. Tal como indica Fabro, al desarrollo de las percepciones está subordinado el desarrollo de las personas.³

En consecuencia al no clarificar el rol, y los pacientes al manejarse dentro de los mismos denominadores comunes de cuidado con la enfermera correspondieron al trato brindado, siendo respetuosos, agradecidos y responsables de un buen trato, así lo expresaron:

“Es un buen trato, excelente, pues porque yo me porto de una manera cortés y la enfermera de igual manera, yo no provooco que no haya un buen trato. Yo me siento cómodo con ellas, pues soy amable con ellas y por lo tanto son amables conmigo” (pct. Floripondio)

“Uno también tiene qué colaborar, si vez qué te están tratando bien, uno colabora, se porta bien” (pct. Clavel)

De igual manera las enfermeras sienten esa correspondencia al buen trato brindado a los pacientes.

“..., siento también qué, cuando yo les hablo con cariño, con amabilidad, con respeto, ellos también igual, respetuosamente me devuelven ese respeto. Si yo los trato bien, ellos también” (enf. Leo)

Cómo se ve, se afirmó la dependencia, su rol de paciente, y también se observa algo de sumisión, de obediencia, de respeto a la autoridad que representa la enfermera. Si bien es cierto, la dependencia por la enfermedad nos fuerza a detenernos, a dejar el trabajo, a permanecer en cama, a depender de cuidados, a quedar a merced de las decisiones de los profesionales y es preciso aceptar la ayuda. “colaborar”, como lo manifestaron, mucho más si se es tratado bien.

La hospitalización exime a las personas de sus roles sociales normales, la enfermedad connota la obligación de aliviarse, uno está obligado a buscar ayuda y cooperar.⁸ Expresión muy cierta, la enfermedad nos obliga de una u otra forma a depender de los cuidados de otros, pero no debió de ser interpretado cómo se ve en este caso, en un rol de superior-subordinado, dada en una línea de autoridad, y que sucintamente nos expresó uno de los

participantes “*yo no provoco que no haya un buen trato*”, en el cual se ve una cierta aceptación, subordinación, poca participación y responsabilidad en su cuidado.

El paciente se adaptó a su rol y lo que espera de él, estar a merced de otros, de ser recompensados con un buen trato, con un buen cuidado, por eso vemos desde la realidad que los pacientes muchas veces esperan hasta la más mínima indicación de la enfermera durante su estancia hospitalaria para poder recuperarse y porque desde su punto de vista dependen de la eficiencia de su cuidador y temen represalias en su cuidado, en su trato, de no “*portarse bien*” y cómo ya hemos visto también hay cierto temor por sus experiencias pasadas. Se ve además que tratan de ser agradables, agradecidos con las enfermeras cuando son correspondidos, cuando ven que ella es la solucionadora de problemas. De allí que nos preguntamos, en una relación enfermera-paciente ¿es responsabilidad del paciente el buen trato?

Cooperar entonces debe ser entendido por el profesional y por el paciente en otro sentido que no sea el de sumisión, de obediencia que como vemos aquí es su demanda implícita por explorar, objetivo de la segunda fase de relación de ayuda, el paciente en forma activa y con ayuda del profesional debe clarificar, comprender y definir su problema, el análisis de la demanda debe desvelar la intención de las palabras del interlocutor y la relación que existe entre la demanda y el problema que éste expresa para descubrir la orientación que se debe dar, se estará atento tanto al contenido como al sentimiento expresados por el paciente, a partir de allí se podrá introducir un cambio en su visión del problema, y ver perspectivas de solución. A partir de una actitud de inseguridad, defensiva y dependiente de la opinión de otros, necesitará llegar a la convicción de que debe resolver los problemas por sí mismo.⁷

Es a partir de sus sentimientos evidenciados de sumisión, de dependencia, de su necesidad de protección, de merecerse un afecto, de la correspondencia por un buen trato que se pudo haber ido entrando en su

mundo en términos de relación de ayuda. Conseguirlo supone para Cabanyes el avance en tres campos: incremento de los conocimientos, desarrollo de aptitudes intelectuales y morales, y la consolidación de actitudes ante la vida y la muerte. Esto último es lo más importante porque está relacionado con el mundo de valores que dan sentido a la vida, el único modo de lograr la formación de actitudes es por contagio en la convivencia²⁴ convivencia que a través de sus percepciones se ha podido rescatar, el valor a la vida cómo esencial, recuperar la salud y estar a merced de los cuidados es básico.

Entonces le corresponde al profesional de enfermería desde su labor asistencial en que convive con los sentimientos, con los afectos de las personas que atiende, ayudarles a dar nuevas pautas para su vida, redefinir su mapa del cual se guía, darle otro sentido a su vivencia partiendo de lo que está sintiendo ante la enfermedad, su inseguridad, su dependencia. Es la “responsabilidad” que se espera de los pacientes, sería darle otro sentido a lo que manifiestan como *“colaborar al buen trato”*. El *“respeto”* a la enfermera debió ser visto, no cómo una norma social o cómo la autoridad sino como la persona que tiene conocimientos, que le ayuda íntegramente, le hace partícipe, le ayuda a clarificar sus problemas y le involucra dentro de su experiencia para encontrar nuevos medios en su resolución; y que las enfermeras con una buena pedagogía en relación de ayuda pudieron haber realizado.

Al respecto se debe tener presente el segundo principio filosófico del modelo de comunicación del interaccionismo simbólico, “la significación de las cosas de la vida está influida por las interacciones sociales de los individuos”, que debe servir de guía cuando nos comunicamos; es solamente en el interior de las relaciones interpersonales como los pacientes pueden encontrar nuevas definiciones a ciertas situaciones de vida y abordar los nuevos modos de acción, porque ellos vienen influidos por sus interacciones en el contexto social en que se desarrollan, el abordaje que de el profesional se constituye en una dimensión clave.⁷

Entonces el profesional debió de dar una respuesta apropiada mediante la relación de ayuda para propiciar cambios; para lo cual Cabanyes refiere, respuesta apropiada es aquella que surge de la adecuación a los conocimientos actuales sobre la cuestión, y de la adecuación a las características personales del paciente; es la respuesta que se da a la persona en singular atendiendo a su idiosincrasia y circunstancias, desde una sólida formación y un riguroso estudio del problema.²² Tomar acciones concretas atendiendo a las circunstancias particulares de cada persona y a su carácter.

Rol que debió asumir la enfermera en ayudarles a fijar objetivos partiendo de la tendencialidad a la satisfacción de sus necesidades vitales y a la dependencia de cuidados, a reconocerlas, valorarlas, es decir, significa dar una respuesta apropiada, no sólo en base a su salud corporal sino desde la unitotalidad que es la persona; partiendo de la confianza, la familiaridad lograda, se pudo abordar sus necesidades latentes, ocultas que pudieron ser inconscientes y que pudieron estar afectando la salud física de los pacientes, que pudieron ocultar incluso la necesidad de afecto, de reconocimiento carente en su contexto en el cual se desarrollan.⁷ Respuesta apropiada con el uso de la razón y que motive a una reflexión, para que los acontecimientos dados en su contexto hospitalario, les afecte en la medida justa.

Significó darle sentido a su experiencia, a su vivencia, desde su orientación, su tender; pasar de un conocer cómo se experimentan espontáneamente, hacia una actitud adecuada a seguir, es permitirles definirse a si mismos, replantear sus concepciones, y sobre todo darles un significado a su vivencia, no sólo de acuerdo a su tendencialidad de bienestar, de satisfacción a la dolencia como fin de su actuar, debe de encontrarle sentido, razón de ser a su experiencia.

Por lo cual indica Fabro, la inclinación, la tendencia es un principio intrínseco de movimiento que mueve a la naturaleza pero que encuentra su fundamento y la razón de su objeto y de su fin en la forma y en el grado de ser al que pertenece y que cuando sigue la deliberación de la razón, constituye la

inclinación libre, en base a ello se debe planificar la educación del hombre y también enfocar el problema de la moralidad de las inclinaciones.³ Es una oportunidad y un deber del profesional ayudarles en su desarrollo, en auto educarse dado el acceso a la interioridad de las personas que cuidamos y que las personas descubren a través de sus sentimientos cuando enferman. Es un derecho de los pacientes de saber, de participar de sus cuidados, y es deber de la enfermera compartir la información, los conocimientos y ayudar a las personas a tomar decisiones conscientes acerca de su cuidado.⁸ Es un compromiso, una responsabilidad del personal de enfermería quien posee los conocimientos y quien permanece con los pacientes y evidencia sus actitudes y comportamientos ante la enfermedad y la vida, ayudarles a identificar, reconocer y darle solución a sus necesidades. Porque para desear y querer es preciso conocer y percibir de algún modo.³

Si enfermería tiene una base de conocimientos sólidos sobre el cuidado a las personas en todas sus dimensiones, debe de ponerlo en práctica y poner todos los recursos a disposición de quienes cuida. Por eso mismo el cardenal Bertone al abordar los desafíos de la modernidad, recordó a los que estamos involucrados en la salud de las personas “la actividad del médico católico se revela útil no sólo para los fines de la salud física, sino también, en cierto modo, de la salud moral y espiritual del paciente. Porque “cuerpo y espíritu están en el hombre tan unidos, que el uno influye en el otro, y vuestra tarea es tutelar y promover la vida en su realización integral”.²⁸

Desde la acogida, el ambiente familiar, el cariño caracterizado, se debió de ir más allá de la educación del sujeto individual, identificando las raíces culturales, sociológicas, antropológicas de ciertos estilos de vida autodestructivos para actuar con decisión y sin prejuicios sobre esas raíces.²⁴ Es un compromiso dado los comportamientos que van en contra de la salud integral y que se evidencian en el día a día por falta de responsabilidad personal de la salud, por la falta de información, de prevención y que cuando se presenta la enfermedad y son hospitalizados les afecta en mayor grado, surge el miedo, se tornan ansiosos y dependientes de cuidados. Por tal

motivo se debe ir a los “determinantes de los determinantes”, a las causas de las causas, abordaje reconocido por muchas investigaciones y responsables de políticas sanitarias quienes reconocen que “algo falla” en las campañas de prevención y exige nuevos replanteamientos²⁴.

Replanteamiento sostenido por el plan estratégico actual del seguro social de salud (Essalud), cuyo objetivo es brindar atención integral y buen trato a los asegurados, cambiar el modelo de atención biomédico por uno basado en la atención primaria y actuar sobre los determinantes de la salud.¹³ Este plan estratégico debe de servir de guía por el profesional de enfermería incluso hasta en su contexto hospitalario cuando se interrelaciona con los pacientes.

Es atender integralmente a las personas que cuidamos y es necesario responsabilizarlas en el cuidado de su salud, en todos los campos del actuar de los profesionales de la salud. Como refiere Cabanyes la figura del mero paciente del latín *patiens*, el que “soporta y padece” no es buen aliado para la prevención o la recuperación de la salud. Es indispensable un cambio a su denominación desde la práctica diaria, porque uno de los determinantes encontrados es la falta de voluntad, por ello es preciso inculcar fuerza de voluntad, cierto grado de esfuerzo y de lucha que resulta imprescindible para la madurez personal. Sólo así se podrá lograr el control de la propia salud, el “apoderamiento” que invita a la construcción de una personalidad responsable y dueña de sí, todo lo contrario a las utópicas propuestas de salud pública en la que un estado paternalista se ocupa de los ciudadanos pasivos, conformistas y consumistas.²⁴

Este modelo de salud que prevalece, justificó en este caso sus interacciones el rol de dependencia que asumió el paciente al estar influenciado por su cultura y el rol de la enfermera basado en las políticas sanitarias que se manejan y de cómo es vista y de cómo se ve ella misma, en un contexto donde se manejan estos determinantes, lo que ya está estipulado, lo que se espera y lo hace parte de sí en su cotidiano. King, así lo define, el

rol está dado por varios elementos: el rol es un grupo de conductas que se espera de quien ocupa una posición determinada dentro de un sistema social.⁸

Conductas vistas por la sociedad y que Mingotte muy bien las describe: tradicionalmente de la enfermera se espera tacto, simpatía, comprensión y en ocasiones servilismo. Para desempeñar su rol sólo hace falta vocación, capacidad de servicio, abnegación y buen carácter, además según como se conciben los conceptos centrales de cuidado, persona, entorno y salud, así se realiza la práctica de enfermería en el día a día.¹ Rol y práctica que nos dieron a conocer los pacientes y las enfermeras mismas desde sus percepciones, basado en la capacidad y voluntad de ayudar, como mencionaron en las unidades de significado los pacientes: “...*la enfermera tiene que ayudarte, conversarte, entretenerte*”, es decir de dirigir sus energías a satisfacer necesidades evidentes, de apoyo emocional ante la inseguridad, el miedo, visto desde su dimensión del cuidado, que sin duda es un buen punto de apoyo al saber comunicarse, al saber llegar a los pacientes y establecer un contacto significativo, familiar, dentro de un sistema hospitalario. Pero el paciente debe de ser acogido no con una actitud que tiende a fijar al paciente en una posición infantil y a frustrarlo en su necesidad de estima.²³

Así también por el trato afectuoso, familiar en el cual los pacientes se sintieron en un ambiente acogedor, cálido, comparado con un ambiente familiar, lugar donde las personas pueden ser espontáneas, auténticas, una de las participantes refirió que el trato de algunas de las enfermeras ha ido “más allá” de la relación enfermera-paciente, lo consideramos como una relación amical:

“Hay enfermeras que en el momento que me inyectan conversan conmigo, por ejm. Notó que me gustan las películas y me habla de ellas, conversamos porque creo que a ella también le gustan, otra Srta. me vio leer un libro y conversamos de un libro similar que ella había leído y así teníamos un tema en común o conversamos de las cosas que hoy día vemos, de sus hijos, todo eso hace que tengas una relación interpersonal más allá de la relación enfermera-paciente, hace que la estancia no sea tan aburrida, tan rutinaria, que es lo que pasa cuando estas mucho tiempo acá. (pct.

Margarita)

El profesional se identificó con la paciente al tener puntos de vista en común, al tener afinidad en los mismos gustos y que favorece la relación. Así plantea el humanismo: la relación entre el profesional y el cliente se plantea como una experiencia de respeto mutuo. El profesional debe adaptarse al cliente a fin de que éste se sienta libre para expresarse abiertamente como individuo.⁷ En este sentido la paciente fue reconocida en su necesidad de reconocimiento y estima al compartir los mismos gustos, actitud que muchas veces no se ve en el trato con los pacientes y deben ser considerados.

El respeto, reconocimiento a su yo dentro de un ambiente hospitalario, al identificarse la enfermera con su cotidiano, con sus preferencias permitió que durante la interrelación enfermera-paciente simpaticen, que se de un trato amical o compañerismo. Para Lewis esa relación se da, cuando dos o más personas descubren que tienen en común algunas ideas o intereses o simplemente algunos gustos que los demás no comparten, entendimiento, como en este caso un pasatiempo, una misma visión de la vida. Este compañerismo es, sin embargo la matriz de la amistad que pudo haberse dado.²⁵

Este compañerismo, es beneficioso para una relación terapéutica, porque en general los profesionales trabajan con los clientes sobre elementos significativos de la vida personal de estos.⁷ De sus intereses, sus preocupaciones de lo que valoraron y se manifiestan durante la relación. Es necesario explorar e intentar identificar de forma específica el significado de las palabras a través de la escucha activa, el significado de los gestos, de los sucesos y de las diversas situaciones para intentar determinar el sentido que tienen para el cliente.⁷

Es decir un trato amical, familiar pero centrado en el paciente y que sumado a la calidez, el cariño demostrada por las enfermeras, transmiten al paciente el siguiente mensaje “yo estoy aquí para responder a sus necesidades y para facilitar su evolución, no la mía”.²⁴ Una atmósfera de

intimidad puede entonces desarrollarse y ser compartida implícitamente por el profesional y el paciente, lo cual va a favorecer en este último la confianza para confrontarse y ver con más claridad su problema⁷. Y que el trato amical no solo sirva para *“hacer que la estancia no sea tan aburrida”* cómo menciona la participante. La relación de ayuda no es una conversación o una relación social, la cual incluye dinámicas como pasarlo bien juntos, disfrutar de la compañía del otro, lo es menos la satisfacción de las necesidades de estima del profesional.⁷ O como menciona Sandrid, limitarnos a lo que coincide con los propios esquemas, limitarse a un ping pong verbal, que no compromete a una apertura profunda a lo que el otro vive.²³

Si todo cuidado implica una interacción, una comunicación, una relación de ayuda y si se constituye en la base del proceso de cuidado es una dimensión a tener en cuenta sobre todo para el bien de los paciente, pero también consideramos que de la relación de ayuda depende en parte la imagen y el rol del profesional, sin olvidar que está comprometiendo su desarrollo personal y profesional, por eso es necesario que la enfermera tenga en claro su rol.

La opinión que tenemos de nosotros mismos es el aspecto del conocimiento propio que más influye en la vida diaria, además no hemos de olvidar que la imagen que cada uno tiene de sí mismo es, en parte, fruto de lo que los demás piensan sobre nosotros, por eso es importante alcanzar las dependencias e independencias acertadas respecto a las valoraciones ajenas.²⁴ Si en sus manos está la dimensión de una relación de ayuda debió de posesionarse de sí misma, definir su rol, responsabilizarse de su desarrollo y de la imagen que da a quienes atiende y ante la institución donde labora, en cuyos sistemas impera el modelo biomédico al holístico y en el cual la comunicación se maneja guiado por este modelo, al cual se adapta la enfermera para ser eficaz. Entonces las habilidades en relación de ayuda, su voluntad y disposición de ayudar le darán a la enfermería empoderamiento y reconocimiento ante la sociedad, ante las instituciones de salud, tendrán en claro la dimensión del cuidado que brinda la enfermera y la importancia que

tiene el cuidado enfermero para las personas y para la sociedad.

Dada la acogida, el trato familiar y el cariño durante la atención a sus demandas de cuidado, los pacientes han logrado mejorar su estado de ánimo.

2.3. Mejorando su estado de ánimo

Las investigaciones han demostrado que la comunicación no verbal es más rica y vehicula mensajes incluso más importantes y sutiles que la comunicación verbal.⁸ Medio de comunicación que las enfermeras supieron utilizar por los discursos dados por los pacientes, y para ello tuvieron la capacidad de leer las señales emocionales de los pacientes en momentos previos a los procedimientos, a través de su rostro, tono de voz, su mirada, que expresaron miedo, dolor, ansiedad, etc. A la vez la enfermera utilizó los mismos canales de comunicación, para mejorar no sólo el estado de ánimo sino también la salud. Aquí presentamos sus unidades de significado:

“las enfermeras están alegres, se les escucha cantando, no coléricas, eso es bueno que trabajen con voluntad, icon ganas!, eso se necesita para todo trabajo” (Jesús-P)

“Las señoritas, no vienen molestas, se nota en su carácter, en el rostro, su sonrisa, su tono de voz..., te hacen una pequeña broma” (Javier-P)

“Tenía un poco de temor a la operación, era la primera vez que me internaban y las enfermeras me han apoyado en ese aspecto, me han dado ánimo..., hacían sus chistes prácticamente para que me relajara” (Francisco -P).

Estos discursos manifestados por las personas hospitalizadas, son corroborados por las enfermeras:

“Realmente es poco el tiempo que disponemos para establecer la relación, pero a veces con un toque, una palabra, llamarlos por su nombre, con alegría, con una broma, ellos se sienten contentos al menos eso yo noto” (Yanet -E)

Muchas de nuestras relaciones interpersonales no nos dan el resultado esperado no por las palabras que empleamos o decimos sino por el cómo las decimos, el tono de voz que empleamos y los gestos que los acompañan⁷. Así vimos en los discursos de los pacientes que las enfermeras utilizaron un tono

de voz apropiado para cada ocasión cuando se trató de dar seguridad, calmar su ansiedad previa a una intervención quirúrgica, durante la terapia etc. El tono de voz denota también la confianza en si misma del profesional, su madurez emocional y serenidad de espíritu para poder afrontar la situación actual del paciente demostrándole calidez humana.⁷

Otra característica con que las enfermeras mostraron su madurez emocional y un espíritu alegre demostrando ser cálidas, agradables, auténticas, ha sido su sonrisa, “es como un bálsamo de paz para el interlocutor”, invita a la calma y a la confianza del paciente, disminuye su ansiedad permitiendo adaptarse a su medio hospitalario.⁷

En relación a las manifestaciones de alegría de las enfermeras y que redundó en el bienestar de los pacientes hospitalizados, Palmero considera que esta emoción está relacionada con el equilibrio y el bienestar; una emoción positiva, tiene dos funciones fundamentales: una adaptativa y otra social. La función adaptativa o biológica al igual que el resto de emociones, permite a las personas adaptarse a su medio, es decir posibilita un estado único y especial de preparación que permite al organismo reaccionar ante una situación concreta; es tal su beneficio en el componente fisiológico, ya que aporta la energía necesaria para que se puedan llevar a cabo las conductas oportunas, que están relacionadas en parte por la liberación de la tensión acumulada en el organismo, y si la experiencia de alegría se manifiesta a través de la risa, se producen cambios hormonales importantes como la disminución de los niveles de colesterol, epinefrina y hormona de crecimiento en la sangre.²⁹

En cuanto a la función social la alegría va a permitirnos informar a los otros de cuál es nuestro estado afectivo actual y cuáles son las conductas que con mayor probabilidad van asociadas a dicho estado, así la alegría con sus diferentes manifestaciones favorece las relaciones interpersonales, influyendo sobre los demás, favoreciendo la diversión, permitiendo mostrar el afecto o estima que se tiene por alguien y suavizando las eventuales

tensiones que con frecuencia se generan en el ambiente interpersonal.²⁹

El buen trato que brindaron las enfermeras de acuerdo al marco conceptual con que se manejaron los pacientes permitió percibir en los pacientes una adecuada acogida que pudo ser dado dentro de un ámbito familiar mejorando así su estado de ánimo e incluso su salud. Pero a pesar de ello las personas han percibido algunas excepciones en el trato de algunas de las enfermeras, ellos concibieron que se debió al carácter de la enfermera, así se llegó a la siguiente categoría.

III. PERCIBIENDO DIFERENCIAS EN EL TRATO SEGÚN EL CARÁCTER DE LAS ENFERMERAS

El trato brindado por las enfermeras siempre estará expuesto a ser juzgado por los pacientes que atendemos, al ser los pacientes dependientes de cuidados estuvieron a la expectativa de cómo fueron tratados y dada la convivencia percibieron que el trato que brindan las enfermeras es bueno pero que difiere dependiendo del carácter de ellas, así lo caracterizaron en sus unidades de significado:

“El trato de acuerdo al turno, va cambiando, es diferente de una enfermera a otra, y tú te das cuenta, desde que la enfermera llega, el carácter qué tienen ellas: cómo te saludan, cómo te atienden, cómo te hincan una aguja para ponerte el medicamento, unas son más cuidadosas que otras. Por ejm. Debía de cubrir la herida para no mojarla al bañarme y me decía: ¡le pides al otro turno!, me dolía la vía, ¡sí, pero ya estoy de salida! ¡A la otra enfermera le dices qué te duele! Entonces... tienes que tener un trato, una manera de decirlo... la manera cómo te lo dicen hace que recibas una percepción diferente. (Margot-P)

“Yo creo que no todas las señoritas son iguales, unas son muy delicadas para tratar al paciente, amables, señora no tenga miedo, todo va a salir bien, te dan una palabra de aliento, pero otras no te dicen nada, yo pienso que es diferente de una persona a otra es variado, en esta ocasión hasta el momento tengo la suerte que trabajan unas enfermeras amigas más pero yo se que son buenas con todos” (Elena -P)

“Unas enfermeras son más alegres otras más serias en su trabajo, no todas son iguales todo depende del carácter, pero en sí el trato es bueno”. (Génesis-P)

Al respecto, manifiesta el profesional de enfermería:

“Conversamos con la persona, una sonrisa una palmadita en el hombro, algo que se sienta a gusto porque a veces vemos unas caras, estamos todas serias, no le damos esa confianza” (Clara- E)

Si bien es cierto ven esta diferencia según el carácter de las enfermeras, vemos en el siguiente discurso qué también hubo maltrato.

“..., no se si será así, pero parece que la señora había venido de su casa un poco molesta, estaba con su cara seria. Así me dijo, señora “¡ya puede irse a bañar, porqué la van a llevar a SOP!”. Era una persona con cólera muy diferente a la amabilidad, a estar sonriente. Cuando regresé de sala de operaciones y me sentía mal con ganas de vomitar, mi familiar le pidió alcohol en dos o tres oportunidades y la enfermera le dijo que estaba pidiendo mucho alcohol ¡que lo comprara!, después dijo que estaba ¡haciendo mucho esfuerzo! qué ¡yo misma seguro estaba provocando el vómito!. Yo me sentía peor, encima que estaba con el vómito de escucharla, peor me sentía. Después, no sé que cosa le haría cambiar de parecer, si le daría quizás pena de verme con tanto dolor, cuando amaneció estuvo amable con una cara un poquito cambiada”. (Elena -P)

El carácter es el conjunto de características adquiridas y que preferentemente tienen que ver con su interacción a través de factores educativos, socioculturales y ambientales y se compone de valores, objetivos, estrategias, de afrontamiento de situaciones y creencias sobre uno mismo y sobre el entorno.²⁴ Entonces el carácter se define en el profesional de acuerdo a su ser, a su concepción de sí sobre ser enfermera en interacción con los factores que condicionan su entorno.

El carácter define el ser de la enfermera en su contexto porque su naturaleza está definida por, la “autodirección” (capacidad para regular la propia conducta ajustándola según los objetivos y valores: modo de enfrentarse a las cosas y situaciones), “la cooperación” (capacidad para aceptar, colaborar e identificarse con los demás: modo de relacionarse con las personas) y la “autotrascendencia” (capacidad de salir de uno mismo, percibirse como parte de un todo integrado y armónico: modo de afrontar el mundo de las ideas.²⁴ De estas respuestas dependió la capacidad de reacción o de discernimiento de las enfermeras cuando interactuaron con las personas. En este caso las enfermeras teniendo en cuenta su rol y con un estado de ánimo positivo poseyeron una mayor capacidad de respuesta para

dar un buen cuidado y para mantener un buen trato, así lo manifestaron los pacientes viendo las diferencias. “... *Cómo te saludan, cómo te atienden, cómo te hincan una aguja*”. Si la comunicación implica tanto las expresiones verbales y no verbales, se puede apreciar cómo los pacientes pudieron percibir diferencias en la forma de tratar de las enfermeras.

King refiere, los gestos son irreversibles, se mueven hacia adelante en el tiempo, una vez que se ha enviado un mensaje es imposible retractarse o saber el impacto que ha tenido en su receptor, es la persona en su totalidad la que entra en la comunicación y responde a la comunicación de otro individuo.⁸ Así como el buen estado de ánimo de algunas enfermeras fue el motor que les da confianza, esperanza y ánimo para participar en la resolución de sus problemas, con un estado de ánimo negativo, la posibilidad de participación y toma de decisiones de los pacientes se redujo, llevando así a reacciones que pudieron ser impulsivas por parte de ellos. De allí que se vio de acuerdo al carácter de los pacientes: las reacciones súbitas de reclamo, de desconfianza de los pacientes, de temor, de adelantar muchas veces un juicio negativo hacia la enfermera, así lo expresó la paciente:

“Ya sabes, que cuando te toca una enfermera buena, cómo que te calma, te tranquilizas, no tienes miedo. Miedo en relación a que se enoje, te mande a la cama o no te deje recibir visitas fuera del horario. Ahora ha venido una prima que viene de lejos y he tenido que esperar el relevo de la enfermera para que la dejen entrar porque a ella no le podía pedir de favor, porque las visitas son de tal hora a tal hora. (pct. Margarita).

En su percibir la emoción de miedo refiere Palmero podría ser considerada como una suerte de sensor que avisa del riesgo vital; su función es adaptativa consiste en activar al individuo para que éste lleve a cabo alguna conducta que distancie de sí al estímulo. La paciente al no sentir un trato acogedor de parte de alguna de las enfermeras uso mecanismos de defensa para no ser lastimada, en este caso ha evitado la comunicación. Ha enfrentado la situación con un afrontamiento pasivo, en el cual la persona estima o cree que no posee los recursos para imponerse a la situación, con lo cual sus esfuerzos se dirigen hacia la protección personal, tratando de

minimizar, paliar o mitigar los efectos negativos de dicha situación, efectos que, por lo demás, esa persona cree que ocurrirán.²⁹ La paciente experimentó el sentimiento de miedo, evitó la comunicación y marcó un distanciamiento entre ambas.

Morrison explica, que las barreras que impiden una interacción eficaz, pueden surgir en cualquier paso del proceso de la comunicación, y se levantan para protegerse cuando uno se siente amenazado, el problema es que probablemente aumentan la “exposición, inseguridad y desesperanza del paciente.”²⁰

En este caso se debió de cuidar mucho la presentación, el primer encuentro o acogida del cliente, pues aquí se juega uno el que se establezca o no la relación; comporta todo lo que el profesional piensa, siente, y hace inmediatamente antes de la primera interacción, sabiendo que lo que el profesional, piensa, siente y hace en el transcurso de esta fase, puede tener consecuencias importantes en cada una de las siguientes interacciones, pues permitirá que halla o no relación.⁷

Si bien es cierto durante las relaciones sociales es de esperar que no a todos les simpatizamos, dada la tendencia de querer muchas veces que las personas se comporten como uno mismo, que tengan los mismos valores, la misma ética o filosofía de vida, es de esperar que no todos los pacientes nos simpaticen y sobre todo que seamos capaces de tolerar; pero la actitud de toda enfermera debe de ser de aceptación incondicional de todos los pacientes a quienes atiende, es decir aceptarlos tal como son.⁷ Aceptarlos tal como son y comprender sus comportamientos de aprensión, de inseguridad ante la enfermedad.

Al respecto Mingote expone, la exposición habitual de la enfermera al sufrimiento humano suele provocarle una reacción defensiva de distanciamiento emocional, para polarizarse en la tarea técnica orientada al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, con exclusión del propio enfermo. Este puede sentirse agredido por la aparente frialdad del

profesional y responder con desconfianza, mal cumplimiento terapéutico, quejas al servicio de atención al paciente e incluso con demandas judiciales por mala práctica.¹ Así manifestó la participante desde su percepción ante la indiferencia, la frialdad de las enfermeras ante su demanda de cuidados. “... Le pides al otro turno”..., “... ¡Si!, pero ya estoy de salida”..., o hacer más evidente su indiferencia, su enojo, su falta de autocontrol maltratando a la paciente:

“..., no se si será así, pero parece que la señora había venido de su casa un poco molesta, estaba con su cara seria. Así me dijo, señora “¡ya puede irse a bañar, porque la van a llevar a SOP!”. Era una persona con cólera muy diferente a la amabilidad, a estar sonriente. Cuando regresé de sala de operaciones y me sentía mal con ganas de vomitar, mi familiar le pidió alcohol en dos o tres oportunidades y la enfermera le dijo que estaba pidiendo mucho alcohol ¡que lo comprara!, después dijo que estaba ¡haciendo mucho esfuerzo! qué ¡yo misma seguro estaba provocando el vómito!. Yo me sentía peor, encima que estaba con el vómito de escucharla, peor me sentía. Después, no sé que cosa le haría cambiar de parecer, si le daría quizás pena de verme con tanto dolor, cuando amaneció estuvo amable con una cara un poquito cambiada”. (pct. Chavelita)

Los estados emocionales en ese momento de las enfermeras pudieron haber influenciado en el percibir de los pacientes. Así refiere Malo Pé, los estados de ánimo son vivencias emocionales estables que se proyectan al mundo y pueden intervenir en el comportamiento, pero a pesar de su relación estrecha con el temperamento innato en las personas influye también la educación recibida y las emociones experimentadas.²¹ La enfermera pudo estar pasando por algún problema o estuvo sobrecargada de trabajo causándole estrés y respondió de esa manera, pero se percató de su mal comportamiento “...después, no sé que cosa le haría cambiar de parecer estuvo amable, con la cara un poquito cambiada” Entonces es el profesional quien debe reconocer sus fortalezas y debilidades emocionales en torno a la relación con los pacientes y educarse, afianzarse de técnicas de relación de ayuda y de autodominio de sus emociones en bien de los pacientes que atiende y de ella misma.

Por ello es importante que se tome en cuenta la forma adecuada de expresarnos, de saber llegar al paciente, de dar la adecuada información con la debida amabilidad, empatía, para tener así una mejor relación interpersonal con los paciente, eso indicará una buena actitud, que será percibida como una reacción afectiva positiva sobre el trato de la enfermera hacia el paciente, porque como vemos en los discursos las enfermeras mismas reconocieron que no todas tienen un trato adecuado.

Al respecto Cibanal refiere que el profesional de enfermería, debido a su trabajo, tenga que enfrentarse a muchas situaciones difíciles y estresantes. Esto implica que hay que tener una madurez psicológica para que exista una “relación de reciprocidad”, no hay que caer en el peligro de no saber qué hacer ante las transferencias o problemas del paciente, hay que evitar caer en ser distante, frío, poco humano. Por otro lado el cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica. A la vez el profesional debe distinguir y precisar quién tiene el problema, y cómo saber comunicar cuándo soy yo quien lo tiene.⁷ Puede haber sucedido que la enfermera estuviera cansada, por las múltiples ocupaciones de su cotidiano, o haya venido con alguna carga emocional negativa de su hogar, o que tenga mayor predisposición a enojarse y no ser tolerante, es ella la llamada a aclarar la situación. Porque como indica Cibanal el profesional tiene derecho a sentirse cansado.⁷

Por eso Mingote da como conclusión que si un profesional no está satisfecho con lo que hace, tiene un mayor riesgo de agotarse emocionalmente y de sentir estrés laboral, además del contagio de su ansiedad a los compañeros, participantes y familiares que atiende¹ como lo expresó la paciente. “... Me sentía peor”. Es necesario que la enfermera sepa manejar y utilizar su inteligencia emocional para poder tratar a los pacientes, dejando de lado los problemas que acontecen en ese momento. Así lo refiere Morrinson, los enfermeros son seres humanos con problemas propios, el trato con los pacientes requiere de energía, tiempo y persistencia; si el profesional está consumiendo su energía en hacer frente a sus dificultades

personales le quedará poco para el paciente, la salud personal es un ingrediente primordial para atender a los pacientes.²⁰

El profesional debe de tomar conciencia e identificar sus emociones personales sin tratar de negarlas cuando se relaciona con los pacientes, porque uno de los problemas más grandes encontrados en la formación de los profesionales según Cibanal es la inmadurez emocional en el compromiso con los clientes. Durante la formación se debe de incluir técnicas que aumenten la eficacia relacional y el desarrollo de la madurez del profesional.⁷

La enfermera debió de dar una respuesta adecuada sobre todo dada la demanda de acogida, de cariño. Por ello es recomendable que el trato de enfermería debió ser dado con conocimiento y técnicas adecuadas de acuerdo a la singularidad de cada persona, también evaluar minuciosamente la calidad de la atención de enfermería en base a la percepción de los pacientes y analizar los factores encontrados, con el fin de fortalecer y/o mejorar los factores que determinan la calidad de la atención en la institución.

Calidad de atención que estuvo en riesgo, ya que ante la diferencia del trato percibido algunos pacientes manifestaron también que ante una situación no deseada como de no recibir buen trato, reclamarían, protestarían, porque está en su derecho tener una buena atención, un buen trato al estar de por medio un pago por su atención, así lo manifestaron:

“...no me quejo del trato, sino me quejaría a los más altos, a los directores, que por algo uno paga su seguro y protestaría, subiría el tono de voz. También la gente no es como antes, reclama se queja de las enfermeras y les llaman la atención y ahora con eso de la falta de trabajo. Tienen que tratar bien. (Jesús -P)

“Su deber de la enfermera es atender y atender bien, por algo paga uno su seguro. Su obligación más que todo de su profesión con los enfermos, atenderlos y tratarlos bien.” (Francisco -P)

Los pacientes valoraron la calidad de atención, del trato brindado, al respecto menciona Álvarez ³⁰ la calidad al relacionarse con los clientes va a depender de un juicio que realicen y éste puede ser un juicio del producto o del servicio, según las características de su uso y de la urgencia de poseerlo.

La calidad se torna cómo una variable valorativa propia de la interrelación entre los dos. Valoración que dependió de la evolución favorable de la enfermedad por los cuidados y el buen trato recibido.

CONSIDERACIONES FINALES

En relación a los sujetos de estudio se puede considerar que:

- Los elementos para una buena relación interpersonal percibida desde los pacientes son: confianza, empatía y esperanza, elementos propios de una relación terapéutica, hicieron ver que toda relación interpersonal con actitudes positivas significan de ayuda y permiten ganar la confianza en los pacientes en un ambiente hospitalario.
- La confianza fue un elemento dinámico clave, acogida a sus demandas de cuidado dado por la competencia del profesional en el cuidado de necesidades básicas propias de la enfermedad y por su dominio relacional en torno a ellas. Sin embargo este recurso fue poco utilizado para identificar otras necesidades en los pacientes, además de proyectar los cuidados para promover la salud y prevenir la enfermedad propia de un cuidado holístico.
- La empatía, ha sido una actitud de ayuda a los pacientes al identificar y comprender e intervenir en sus necesidades emocionales a causa de la enfermedad y los procedimientos médicos.
- Si en la percepción se objetivan los contenidos de la experiencia, es decir cada quien construye su significado, y por el carácter existencial que significó la hospitalización para los pacientes, cobra importancia para enfermería las percepciones en la realización del proceso de cuidado con el uso de técnicas adecuadas de comunicación. El profesional debe tener dominio de diversos saberes y habilidades en relación de ayuda.
- Es necesario poner en práctica el uso del feedback durante la relación interpersonal con los pacientes, ayudará a identificar necesidades latentes en los pacientes y evitará que nuestros cuidados en relación de ayuda pasen desapercibidos o no sean considerados como parte de las

funciones de enfermería, o sean vistos cómo una característica personal de las enfermeras.

- La esperanza se mantuvo gracias a la información que se le da al paciente sobre la evolución de su enfermedad, sin embargo vemos que pudo ser aprovechada para ayudarles a dar un sentido de vida desde la enfermedad, la hospitalización.
- En general las personas perciben un buen trato por parte de las enfermeras por la confianza a sus demandas de cuidado, lo que les permitió sentirse en familia cuya característica especial es el cariño percibido por los pacientes durante el trato y junto con la responsabilidad del cuidado, el buen ánimo de las enfermeras contribuyó a mejorar su estado de ánimo en los pacientes.
- El trato familiar por el entorno hospitalario y las características del cuidado basado en un modelo biomédico creó cierta dependencia en los pacientes, a la vez definió el rol de la enfermera, dedicada a satisfacer sus necesidades básicas.
- La relación interpersonal debe de ser de ayuda al paciente con objetivos a cumplir con su participación activa y la responsabilidad de su salud de acuerdo a las circunstancias, se sentirán reconocidos, se prevendrá la dependencia, la subordinación y les dará autodominio a los pacientes.
- El cariño y el rol maternal brindado por las enfermeras demuestra su vocación de servicio y su calidez humana. Debe ser brindada en la medida justa de acuerdo a las circunstancias, fundamentada en el conocimiento y por amor al prójimo y a la verdad.
- Enfermería debe reconocer y considerar que la relación interpersonal debe de ser de ayuda a los pacientes y se constituye en la base del proceso de cuidado y junto con el dominio de un marco teórico que

guíe sus acciones y con la práctica interiorizada en técnicas de relación terapéutica le ayudará en su desarrollo personal y profesional; definirá su rol e irá cambiando la visión que se tiene del rol de la enfermera.

- A pesar del buen trato percibido por los pacientes, percibieron también diferencias en el trato que es atribuido al carácter de las enfermeras, y al estar de por medio un pago por su atención exigen un buen trato.
- Los estados emocionales y el estrés causado por el trabajo de las enfermeras se refleja en el cuidado, el profesional debe de afianzarse de técnicas para tener dominio relacional.

RECOMENDACIONES:

A la coordinación de enfermería del Hospital Agustín Arbulú Neyra de Ferreñafe:

- Plantee estrategias en coordinación con la dirección del hospital para la capacitación del personal de enfermería en el uso de técnicas adecuadas de relación de ayuda, inteligencia emocional, desarrollo personal, estrés laboral etc. que permita mejorar las relaciones interpersonales con los pacientes.
- Evaluar minuciosamente la calidad de la atención de enfermería en base a la percepción de los pacientes y analizar los factores encontrados, con el fin de fortalecer y/o mejorar los factores que condicionen la calidad de atención. Enfermería debe considerar la relación interpersonal como parte del proceso de calidad del cuidado.
- Sensibilizar al personal de enfermería del Hospital Agustín Arbulú Neyra en cuanto a relación terapéutica, es una dimensión de cuidado a desarrollar con conocimiento y técnicas adecuadas, con autoevaluación de fortalezas y debilidades. Podría servir un programa de talleres en el que ejerciten estas técnicas con el uso de casos de sus propias experiencias hospitalarias que sirva para enriquecer sus habilidades y conocimientos.
- Para brindar una adecuada y oportuna relación interpersonal de ayuda a los pacientes es necesario en la enfermera el dominio de conocimientos socioantropológicos, psicológicos, filosóficos y espirituales. Conocimientos que debe hacerlos suyos, que le sirvan en su desarrollo personal para poder ayudar a los demás; a la vez que consoliden, unifiquen sus criterios de relación de ayuda con el equipo de salud.
- Concientizar al personal de enfermería de dicha institución acerca de la importancia de individualizar el cuidado brindado a los pacientes,

teniendo en cuenta que cada paciente es un ser individual y por ende debe ser tratado como tal. Reforzando los conocimientos sobre las características según etapas de vida, carácter y personalidad de las personas y sobre el comportamiento del paciente hospitalizado.

- El profesional de enfermería es quien debe reconocer sus fortalezas y debilidades en cuanto a relación terapéutica en la práctica diaria para poder así mejorar su relación con las personas bajo su cuidado

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mingote J. Estrés En La Enfermería, el cuidado del cuidador. 1ª ed. Madrid: Díaz de Santos S.A; 2003.
2. Marriner A. Modelos y Teorías En Enfermería. 6ªed. Madrid: Harcourt Brace; 2008.
3. Fabro C. Introducción al Problema del Hombre, la Realidad del Alma.1ªed.Madrid: RIALF.S.A; 1982.
4. Salazar N. Relación de Ayuda de Enfermería a la Persona Adulta en la etapa Preoperatoria, Hospitales I, ESSALUD, Chiclayo 2010. Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería. Universidad Católica “Santo Toribio de Mogrovejo”. Perú
5. Arista G. Interacción Enfermera- Paciente en el servicio de Medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2003. Universidad Mayor de San marcos. Lima, Perú. 2004. (acceso, 20 de octubre 2013); disponible en:
cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2686/1/arista_chg.pdf.
6. Ribeiro A, Mera E. La importancia de la comunicación durante el periodo de recuperación posoperatoria. Río de Janeiro, Brasil. 2011. (acceso, 20 de Marzo2013); disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300012
7. Cibanal J. Técnicas de Comunicación y Relación de Ayuda en Ciencias de la Salud. 3ª ed. Madrid: ELSEVIER, 2003.
8. King I. Enfermería Como Profesión, filosofía, principios y objetivos. 1ª ed. México: LIMUSA S.A. 1984.
9. Kérouac S. El Pensamiento Enfermero. 1º ed. Barcelona: Masson S.A.1994
10. Canales F.H. Pineda E.B, De Alvarado E. Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. 2ª ed. Washington: OPS, 1994.
11. Bisguerra A. Metodología de la Investigación Educativa. Madrid: La Muralla, 2004
12. Ludke M. El estudio de caso: Su potencial en educación. Traducción de Lucía Aranda Moreno, Doctora en Enfermería P.P.T.C. UNPRG 1986.
13. Rivadeneyra A. Plan Estratégico Institucional 2012-2016 del Instituto Peruano Seguridad Social. Publicado por el seguro social de salud, Perú, 2012 (acceso,15 de Mayo 2013), disponible en:
http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/planes/plan_2012_2016.pdf
14. Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la Investigación Cualitativa 2ª ed. Archidona (Málaga): ALJIBE, 1996.
15. Morse M. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Colombia: Ed. Universidad de Antioquia, 2003.

16. Pérez G. Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes II Técnicas y Análisis de Datos. 3ª ed. Madrid: La Muralla, 2000.
17. Porta L. La investigación cualitativa: El análisis de contenido en la investigación educativa. Universidad Nacional de Mar de plata. 2003. (acceso, 04 de Marzo 2013), disponible en: www.uccor.edu.ar/paginas/REDUC/porta.pdf
18. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 5ª ed. México: MC Graw Hill, 2010
19. Sgreccia E. "LA BIOÉTICA PERSONALISTA". En Vida y Ética, Publicación del Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Católica de Buenos Aires, Año 2, N° 2, Diciembre de 2001.
20. Morrison M. Fundamentos de Enfermería en Salud Mental, 1ª ed. Madrid: HARCOURT, 2000.
21. Malo Pé A. Los niveles de la personalidad. Introducción a la Psicología. 1ª ed, Madrid: EUNSA, 2007.
22. Petré H. Govern J. Motivación, teoría, Investigación y Aplicaciones. México: Thomson, 2006.
23. Sandrid G. Comprender y Ayudar al Enfermo. 2ª ed. Madrid: San Pablo, 1992
24. Cabanyes J. La Salud Mental y sus Cuidados. 3º ed. España: EUNSA, 2012
25. Lewis, C.S. Los Cuatro Amores. 9ª ed. Madrid: RIALP S.A. 2002.
26. Encíclica Deus Caritas Est del Sumo Pontífice Benedicto XVI Sobre El Amor Cristiano. (acceso, 10 de Febrero 2013); disponible en: http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/encyclicals/documents/hf_ben-xvi_enc_20051225_deus-caritas-est_sp.html
27. Burgos J. El personalismo, autores y temas de una nueva filosofía. Madrid: Palabra S.A, 2000.
28. Bertone T. "sin Dios la humanidad pierde belleza y grandeza". (acceso, 05 de agosto 2013); disponible en: <http://www.zenit.org/es/articulos/sin-dios-la-humanidad-pierde-grandeza-y-belleza>
29. Palmero F, Fernández E. Psicología de la motivación y de la emoción. Madrid: Mc Graw-Hill interamericana, 2002.
30. Álvarez F. Calidad y Auditoría en Salud. 2º ed. Colombia: ECOE, 2012.

ANEXO N° 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., de.....años de edad, identificado(a) con DNI.....

DECLARO:

Que habiendo sido informado de forma clara de los objetivos que busca la investigación así como también en que consiste mi participación, por lo que confío que:

- Los datos serán tratados y resguardados con respecto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de los datos desde los principios éticos en investigación.
- Sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar mediante la solicitud ante las investigadoras responsable
- Tomando ello en consideración, otorgo mi consentimiento para que se realice la entrevista. Esta será grabada y de grabada fielmente.

Chiclayo.....2013

Nombre:.....

DNI:.....

Datos de la Investigadora

Nombre:

Dirección:

Teléfono:

ANEXO N° 02**UNIVERSIDAD CATÓLICA
“SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO”****ENTREVISTA N° _____**

Objetivo: La presente entrevista tiene por objetivo conocer la percepción que tienen las personas hospitalizadas, sobre su relación interpersonal con la enfermera; será anónima y sólo con fines de investigación por lo que se solicita veracidad en sus respuestas.

DATOS INFORMATIVOS

Seudónimo _____

Edad: _____

Sexo: _____

Tiempo de Hospitalización: _____

Procedencia: _____

Ocupación: _____

DATOS ESPECIFICOS:

A los pacientes

¿Qué le parece a Ud. el trato que tiene con la enfermera?

A las enfermeras:

¿Cómo se da la relación interpersonal con el paciente?