

Rechazo al cuidado de la salud por motivaciones del paciente

Oscar Alberto Beltrán Salazar¹

Resumen

Objetivo. Describir el significado que tiene para los pacientes del rechazo al cuidado de la salud. **Metodología.** Investigación cualitativa con enfoque fenomenológico realizada en Medellín (Colombia) entre 2008 y 2009. Incluyó a 12 adultos hospitalizados. La entrevista en profundidad se utilizó para la recolección de información. Los datos se analizaron según el esquema propuesto por Cohen, Kahan y Steeves. **Resultados.** El temor, el sufrimiento, la dependencia así como el desconocimiento y la “mala fama” de profesionales, instituciones o procedimientos contribuyen a la respuesta de rechazo al cuidado. Los pacientes rechazan la enfermedad por el dolor y el sufrimiento. El conocimiento juega un doble papel en el cuidado de la salud porque ayuda a aceptar o rechazar el cuidado y a promover aceptación y satisfacción de los pacientes. **Conclusión.** El rechazo es una decisión de los pacientes en respuesta a situaciones relacionadas con la enfermedad, el conocimiento y los comportamientos de los enfermeros y debe ser tenido en cuenta por los enfermeros.

Palabras clave: atención dirigida al paciente; episodio de atención; atención; rechazo (psicología).

Health care rejection due to patient motivations

Abstract

Objective. To describe the meaning for the patients of the health care rejection. **Methodology.** Qualitative study with phenomenological focus performed in Medellin (Colombia) between 2008 and 2009. It included 12 hospitalized adults. The in depth interview was used to collect the information. Data were analyzed according to the Cohen, Kahan and Steeves proposed scheme. **Results.** Fear, suffering, dependency as well as the “bad reputation” of professionals, institutions or procedures contribute to the answer to care rejection. Patients reject the disease because of pain and suffering. Knowledge plays a double role in health care because it helps to accept or reject care and promote patients’ acceptance

¹ Enfermero, Especialista en Enfermería Cardio-respiratoria, Magister en Enfermería. Profesor de Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, Colombia.
email:oscar4242@tone.udea.edu.co

Fecha de recibido: 5 de diciembre de 2009.
Fecha de aprobado: 4 de junio de 2010.

Cómo citar este artículo: Beltrán OA. Rechazo al cuidado de la salud por motivaciones del paciente. Invest Educ Enferm. 2010; 28(2): 214-222

and satisfaction. **Conclusion.** Rejection is a patient decision answering to situations linked to the disease, knowledge and nurses' behaviors should be taken into account by the nurses.

Key words: patient-centered care; episode of care; attention; rejection (psychology).

Rejeição ao cuidado da saúde por motivações do paciente

■ Resumen ■

Objetivo. descrever o significado que tem para os pacientes da rejeição ao cuidado da saúde. **Metodologia.** investigação qualitativa com enfoque fenomenológico realizada em Medellín (Colômbia) entre 2008 e 2009. Incluiu a 12 adultos hospitalizados. A entrevista em profundidade se utilizou para recolher informação. Os dados se analisaram segundo o esquema proposto por Cohen, Kahan e Steeves. **Resultados.** o temor, o sofrimento, a dependência bem como o desconhecimento e a “má fama” de profissionais, instituições ou procedimentos contribuem à resposta de rejeição ao cuidado. Os pacientes recusam a doença pela dor e o sofrimento. O conhecimento joga um duplo papel no cuidado da saúde porque ajuda a aceitar ou recusar o cuidado e a promover aceitação e satisfação dos pacientes. **Conclusão.** A rejeição é uma decisão dos pacientes em resposta a situações relacionadas com a doença, o conhecimento e os comportamentos dos enfermeiros e deve ser tido em conta pelos enfermeiros.

Palavras chave: assistência centrada no paciente; cuidado periódico; atenção; rejeição (psicologia)

Introducción

En la vida del ser humano existen factores personales dependientes de aprendizajes previos o de influencia del medio ambiente que le conducen a rechazar situaciones o experiencias y lo llevan a tomar decisiones que dan como resultado conductas y acciones que pueden afectar el estado físico o emocional. El contexto, el ambiente y las relaciones con otras personas tales como las formas de enfocar el cuidado que no cumplen con los planteamientos de la disciplina enfermera pueden influir en la presencia de las actitudes de rechazo que los pacientes asumen frente a los tratamientos, conductas, decisiones del equipo de salud e interacciones con los enfermeros. Según Henderson¹ el trato no respetuoso y maltrato, violaciones de la intimidad, ser ignorado, no ser tenido en cuenta para las decisiones y la falta de información y explicación pueden contribuir para que el contacto de los enfermos con el hospital no sea grato y conducen al rechazo. Así mismo, la uniformidad y la igualdad con la cual se en-

foca el cuidado de las personas y sentir que no son tenidos en cuenta desconoce la humanidad de las personas y las pueden llevar incluso, como plantea Travelbee.² “a rechazar el cuidado de enfermería, no por considerarlo innecesario o poco importante, sino por la forma como es ofrecido”.

El temor y miedo a los procedimientos y diagnósticos que puedan afectar la vida de manera drástica, así como el desconocimiento y el libre ejercicio de la autonomía, hacen parte de las condiciones personales relacionadas con el rechazo a experiencias. También influyen en él las experiencias y las motivaciones anteriores, las enseñanzas familiares, el nivel educativo y las condiciones asociadas a la situación en la que se presenta el rechazo, como el sufrimiento, los sentimientos negativos, el apoyo recibido, el tipo de lesiones sufridas, las complicaciones y secuelas, los efectos adversos y las percepciones sobre la calidad del cuidado recibido.

Conocer cómo viven los pacientes las situaciones de rechazo frente al cuidado de enfermería y su significado permitirá identificar los comportamientos no pertinentes y buscar que el cuidado de enfermería sea eficaz y grato para ambos participantes, enfermeros y pacientes. En el análisis de las situaciones que rodean el rechazo es importante oír la voz de los pacientes en cuanto al significado que le dan a dicho rechazo, porque éste podría ser un obstáculo para el fomento, mantenimiento y restauración de su bienestar. Con este fin se propone el presente estudio, para el cual se seleccionaron personas adultas que hubieran tenido experiencias frente a las prácticas de cuidado de enfermería y que estuvieran en disposición de participar.

El aporte de este estudio a la disciplina puede ser considerado en varias formas; en primer lugar está de acuerdo con Moorhead,³ quien plantea que “ (...) la evaluación es importante para la enfermería porque permite mejorar la calidad de las intervenciones y la eficacia del cuidado, ampliar la base de conocimientos y avanzar en el desarrollo teórico de la disciplina y afirmar la participación propia de enfermería como miembro de un equipo multidisciplinario”. En este caso la evaluación se orienta a conocer algunos aspectos relacionados con el rechazo de los pacientes hacia el cuidado de enfermería y el significado que le otorgan a este cuidado, lo cual puede servir de base para reevaluar prácticas que los pacientes no aprecian y a reforzar las que son aceptadas y bien evaluadas con el fin de disminuir la frecuencia y, en lo posible, evitar las oportunidades de rechazo, y por tanto, mejorar la calidad del cuidado y humanizarlo; además, permitirá a los enfermeros propiciar la adherencia de los pacientes a los tratamientos y recomendaciones, disminuir su nivel de estrés y lograr una mejor preparación psicológica y emocional del paciente para someterse al cuidado de enfermería y a procedimientos invasivos, y, por último, crear un ambiente de confianza que permita otorgar un cuidado integral.

Metodología

Estudio con enfoque fenomenológico, que incluyó a doce personas adultas entre 27 y 54 años de

edad, con estudios universitarios, que hubieran estado al cuidado de enfermeras con motivo de una hospitalización por enfermedad y que aceptaron la participación. El número de los participantes está de acuerdo con los planteamientos de algunos autores^{4,5} y la selección se hizo por muestreo “teórico”⁶ con “propósito”, que consiste en “seleccionar el mejor informante para los requerimientos del estudio”⁷. La entrevista en profundidad se utilizó para recolectar la información,⁸ cuya duración fue entre una hora y hora y media; el encuentro con cada participante terminó cuando éste manifestó no tener nada más que decir. Las entrevistas fueron grabadas en privado y se transcribieron fielmente.⁹ En el análisis de la información se siguió el esquema de Cohen, Kahn y Steeves¹⁰, quienes plantean que dicho análisis se inicia durante la primera entrevista, se sigue una inmersión en los datos mediante la lectura de las transcripciones y del análisis línea por línea para seleccionar temas y ejemplares; a continuación, los temas que fueron significativos en las entrevistas se separaron y se hicieron memos y diagramas sobre cada tema; después se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica y la narrativa de la experiencia, que describió lo que reflejaban los temas en relación con la experiencia de los participantes.¹⁰ Los temas fueron validados permitiendo a tres de los participantes leer la descripción para determinar su correspondencia con lo que ellos querían decir.¹⁰

El estudio se llevó a cabo en Medellín, Colombia, entre marzo de 2008 y abril de 2009. La recolección de la información estuvo a cargo del investigador; la transcripción de las entrevistas se hizo observando la mayor fidelidad a los datos; en las entrevistas y el análisis se tuvo en cuenta el punto de vista de los participantes, quienes “expresaron su experiencia en su propio lenguaje para hacerla visible”.^{4,11} En la interpretación se revelan las conjeturas del investigador y su preocupación de reflejar la realidad y mantener la concordancia con lo expresado por los participantes; esta concordancia fue determinada “volviendo a los sujetos para darles a conocer y permitirles validar los hallazgos de la interpretación”.⁴ No se efectuaron generalizaciones a partir de los datos y todas las

entrevistas se consideraron de igual importancia, sin dar preponderancia a los datos por razones de poder social, riqueza, nivel educativo o importancia política de quien los expresaba;¹² en cuanto a los casos negativos sirvieron para contrastar y dilucidar la presencia de nuevos patrones en la información.¹³

Hubo tres presentaciones en público de los resultados de este estudio para permitir que los pares enfermeros e investigadores hicieran críticas y sugerencias, que sirvieran para enriquecer el análisis y establecer la replicabilidad de la experiencia y la confiabilidad externa. También fue útil la compatibilidad que se halló en la revisión bibliográfica. En la narrativa se agregan apartes de las entrevistas como evidencia de los aspectos planteados en la interpretación por el investigador.

Cada uno de los participantes estuvo en libertad de decidir su participación en el estudio, y no se ofrecieron remuneraciones económicas ni de otro tipo. Tampoco se ejerció ningún tipo de coacción por parte del investigador para la participación. Se protegió la privacidad de los participantes y la confidencialidad de la información obtenida evitando el uso de nombres propios, para lo cual se utilizó un sistema de numeración que identificara cada una de las entrevistas. Los participantes no fueron sometidos a intervenciones relacionadas con este estudio y el único método de interacción fue la entrevista, en la que se observó especial amabilidad y cortesía.

Resultados

Los resultados revelan que el rechazo de los participantes hacia las actividades de cuidado está motivado por circunstancias en la relación con los enfermeros, de las instituciones y de los mismos pacientes. Se encontró lo siguiente:

Rechazar estar enfermo. Hay muchas circunstancias que propician el rechazo a la enfermedad y a las prácticas de cuidado y una es la enfermedad misma, por las limitaciones y el sufrimiento que produce: *“yo vomitaba y vomitaba, sentía una sensación de muerte, muy maluca”* (E2P2).

El rechazo significó no aceptar “estar enfermo” y no poder valerse por sí mismo. No aceptaban estar enfermos porque padecer una enfermedad, con sus manifestaciones físicas y psicológicas, no fue una experiencia agradable y porque, además, había que someterse a tratamientos de complejidad variable que ocasionaban, lo mismo que la enfermedad, diversos grados de sufrimiento físico y psicológico que se exteriorizaban en dolor, desesperanza, temor y angustia. Estar enfermo significó ser sometido a diferentes intervenciones y padecer los cambios corporales y las respuestas emocionales. El imaginario social contribuye en determinadas situaciones a que las emociones y el rechazo hacia algunas intervenciones sean más marcados: *“Es más el rechazo a la patología, no a mí mismo, sino antes pensando en la pérdida, en todas las circunstancias a las que puede llevar una cirugía; es más el temor”* (E2P4).

Algunas intervenciones necesarias en el tratamiento causan un grado de dolor y sufrimiento que las hace menos aceptables que otras: *“Me las manejaba con pastillas porque me parecía bobada uno poniéndose inyecciones intramusculares; más, de pronto, por miedosa”* (E2P2).

Está siempre el deseo de no estar enfermo, lo mismo que diversas respuestas emocionales a la enfermedad que contribuyen al sufrimiento espiritual y al rechazo hacia la situación: *“Cuando uno está enfermo rechaza más como la enfermedad, le da angustia”* (E2P4).

Depender y/o necesitar de otros. Estar enfermo es una condición que los pacientes rechazan porque interrumpe su vida cotidiana, impide el cuidado de sí físico y psicológico, y el cumplimiento, en forma independiente, de los roles propios de cada quien: *“Sí rechazo algo, de pronto, el no poder hacer lo que quiero hacer en determinado momento o el ponerme metas que no puedo cumplir para ese momento. Eso me genera rechazo”*. (E9P1).

La condición de enfermo tampoco permite cumplir con las responsabilidades contraídas: *“Entonces, es más el rechazo a ese estar enfermo, a ese pensar que uno no va tener las mismas capacidades de trabajo.”* (E2P4). Además, la enferme-

dad somete a los pacientes a la dependencia de otros, aquellos, que gozan de su confianza del paciente y los miembros del equipo de salud, que con frecuencia son desconocidos:¹ “(...) *De no poder cuidar a las personas que están con uno; el temor de estar dependiente de otras personas, el temor al mismo dolor y a la misma cirugía*” (E4P2).

Esta dependencia somete al paciente a la buena voluntad de los cuidadores y a sentirse objetos de quienes deben llevar a cabo el cuidado. No sólo cuentan la preparación académica y la experiencia personal del cuidador, también la disposición para llevar a cabo el cuidado, el interés por ayudar a otros, por demostrar simpatía.² Es decir, no es sólo dar importancia al conocimiento empírico, también a los patrones estético y personal, que hacen posible el arte de la enfermería y del cuidado tienen un papel de gran importancia cuando de ayudar o cuidar a otros se trata¹⁵: “Este asunto me parece que estaría relacionado con lo que llamamos la comunicación efectiva, que siempre va a estar expuesta a riesgos, fracasos y avances; es una cuestión que siempre es vulnerada. Yo creo que no existen instituciones perfectas pero sí la motivación para hacer” (E6P4).

La incapacidad para responder por las necesidades propias y por la seguridad personal conduce a sentimientos de minusvalía, cambios en la autoestima y a estados de ansiedad: “(...) *de paciente te sentís hasta desvalido, desprotegido, porque sentís que sos un objeto y no te están mirando como persona, no van a satisfacer tus necesidades*” (E9P1).

Reemplazar a la enfermera. Si bien es cierto que la seguridad y el bienestar de los pacientes hospitalizados es una tarea asignada a los enfermeros y a otros miembros del equipo de salud, también lo es que en la consecución de determinados elementos, citas y medicamentos, que por algún motivo no están disponibles en las dependencias del hospital, los miembros de la familia intervienen. Esto es una de las formas del apoyo familiar durante la enfermedad. Es inexplicable el interés de algunas instituciones de salud en poner trabas y restringir el acceso de los familiares a la cabecera de la cama de los pacientes, incluso cuando, como ocurre con frecuencia, los familiares son

quienes cubren las actividades que los funcionarios de la institución no realizan.

De hecho, en algunas instituciones de salud, se mantiene a los familiares separados de los pacientes y solamente les es permitido el ingreso cuando el paciente requiere cuidados que, por diferentes razones, no lleva a cabo el personal de enfermería: cambiar pañales, retirar el pato o cómodo, asistir el baño y la alimentación y las labores de mensajería son algunos ejemplos de estas funciones. Los familiares reemplazan a los patinadores, camilleros, pero por norma deben permanecer gran parte del día alejados de los enfermos: “(...) *pero creo que a veces se escudan [los enfermeros], y como [el paciente] está con el acompañante o tiene un familiar cerca, no hay necesidad de estar ahí; si alguna cosa que llamen y cuando tengan tiempo vienen*” (E9P3).

Los familiares asumen funciones asignadas a los miembros del equipo de salud y que por algún motivo ellos no cumplen, incluso algunas que son necesarias para salvar la vida del paciente sin reparos, sin condiciones, con el único interés de contribuir a la recuperación de la salud de un ser querido: “*El medicamento no estaba pero a él [el enfermero] no le importó, y si no hubiera sido por mi esposo!*” (E1P6).

Otra función propia de los enfermeros se relaciona con la abogacía a los pacientes; sin embargo, en ocasiones es necesario que un miembro de la familia esté presente para ofrecer su apoyo, ayuda y protección en algún momento durante la experiencia de hospitalización: “*Uno no puede depender de las otras personas al cien por ciento; si no hubiera estado mi esposo yo me hubiera muerto; a pesar de que la otra gente estaba pendiente, él fue el que movió a todo el mundo*” (E1P7).

No estar de acuerdo. El conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento les permitió a los pacientes considerar los posibles beneficios de las intervenciones decidir si aceptarlas o rechazarlas. Los pacientes, en ocasiones, no están de acuerdo con los procedimientos: “*Cómo me dice a mí que en lugar de echarle solución salina por la nariz le eche agua de panela para que la bebé se la trague más fácil; no, ese cuento no me gustó, ichao*”

que te vi!, tampoco le acepte la recomendación” (E1P8).

Los pacientes toman la decisión por las repercusiones físicas o psicológicas que traerá, el dolor y el sufrimiento que produce, y también según el prestigio y reconocimiento social del profesional, lo que ellos denominan “fama”: *“(…) obviamente hay que rechazar; si yo sé que me van a hacer algo que no es correcto o que no estoy de acuerdo con ello yo debo decir” (E2P3), “ Uno sabe qué es lo que está bien y lo que está mal, a qué tiene derecho y a qué no; rechaza más cosas que el común de la gente no va a rechazar” (E9P2).*

Para tomar la decisión se recurre a experiencias anteriores o a solicitar información a quienes brindan el cuidado y a amigos o pacientes que estén o hayan estado en una situación similar. La información que se busca no sólo tiene que ver con determinado procedimiento, sus complicaciones, efectos benéficos y adversos, sino también con la solvencia profesional de quien llevará a cabo la intervención: *“(…) si me voy a someter a un procedimiento, sea el que sea, yo siempre averiguaré quién es esa persona. Otra persona que vaya y no conoce a nadie, pues irá de pronto más tranquila” (E2P8).*

Este conocimiento conduce a la desconfianza cuando las referencias no son las mejores: *“Es rechazo, en cierta forma por la falta de confianza en esa persona, por sus antecedentes o por las situaciones que uno conoce; uno piensa: ‘Cuando yo esté en esa situación, que no me toque a mí, porque no me gustaría estar al cuidado de esa persona’. Si yo sé que va a ser alguien que no tiene los mejores antecedentes, no me inspira confianza y entonces vendría el rechazo” (E2P5).*

En cambio, el conocimiento de aspectos positivos sobre quien estará a cargo de la intervención brinda tranquilidad y trae aceptación. En un estudio¹⁶ se encontró que el conocimiento y las debidas explicaciones brindan tranquilidad: *“Yo creo que uno rechaza cuando sabe, cuando tiene conocimiento de las cosas es más fácil que rechace que el que no tiene conocimiento” (E9P2).* Así pues, el conocimiento puede llevar a la desconfianza, y

el desconocimiento contribuye a la aceptación del procedimiento: *“Yo pienso que la gente en general va confiada porque no saben a qué se van a enfrentar: es mejor no saber y estar tranquilo” (E2P9).*

Rechazar o aceptar sin conocimiento. Hace referencia a tomar decisiones sin tener el debido conocimiento e información; la falta de conocimiento tiene relevancia en dos aspectos. En primer lugar, el rechazo puede darse cuando se desconocen los detalles acerca de la intervención de cuidado, del profesional que la realiza o, incluso, de la institución en la cual se llevará a cabo. A esta forma de rechazo contribuyen la deficiente información que proporcionan los médicos, las enfermeras y otros miembros del equipo de salud: *“Uno a veces se deja llevar por la impresión, por la angustia y los miedos y toma la decisión que no es y rechaza a las personas sin una justificación” (E2p7).* Esta falta de información, asociada a una deficiente asistencia emocional, contribuye a la confusión y al temor en el momento de tomar decisiones: *“Ese fue mi pensamiento, o sea que el motivo del rechazo fue más mi percepción, el miedo y la angustia. No fue un rechazo fundamentado” (E2P6).*

La falta de información y de conocimiento sobre las intervenciones puede conducir a la aceptación: *“Si uno no sé de una cosa, de pronto no tiene motivos para rechazarla; la gente va más tranquila” (E2P8).* Los participantes no se refieren al conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento, sino al reconocimiento social de profesionales e instituciones cuando no son favorables. No es la falta absoluta de información la que ayuda a aceptar, sino el hecho de no tener una información negativa sobre los profesionales o las instituciones: *“Si yo supiera que me voy a hacer operar en una institución con el índice más grande de infecciones, pues iría muy prevenida y de pronto hasta la rechazaría; pero esa no es una información que se le dé a la comunidad en general” (E2P8).* No por la propaganda institucional siempre hace énfasis en los aspectos positivos y no toca los negativos.

La persona que no conoce los aspectos negativos centra su atención en sus propias condiciones in-

ternas, es decir tienen temor de su enfermedad, de lo que pueda pasar en el futuro, pero no de quienes ofrecen el cuidado como sí la tienen los que han recibido información sobre aspectos negativos: *“El que no tiene conocimiento piensa que todo está bien y que todo es así, que el sistema funciona de esa manera y que si la otra persona actúa de esa manera es porque es lo correcto”* (E9P2).

El desconocimiento de los aspectos negativos que rodean al cuidado da confianza, así como también el conocimiento y las explicaciones que imparten los enfermeros sobre los procedimientos e intervenciones y sus riesgos; con frecuencia esta información no incluye una descripción de antecedentes negativos de la institución o de los profesionales, lo que desde el punto de vista de los participantes es ventajoso porque contribuye a la serenidad y disminuye la posibilidad del rechazo: *“(…) la desinformación hace que la gente rechace menos las cosas”* (E2P8).

Discusión

Padecer una enfermedad implica una carga de sentimientos como frustración e incertidumbre porque la enfermedad arrebató al paciente de su cotidianidad, de su contexto y de sus prácticas culturales y lo confina en una sala de hospital, donde todo es diferente pero a la vez rutinario y donde se ve sometido a una serie de intervenciones, medicaciones, procedimientos, exámenes y dietas que le pueden ocasionar ansiedad y rechazo.

Existen aspectos relacionados con el paciente, con las instituciones de salud o con los enfermeros que pueden obstaculizar el cuidado¹. El simple hecho de atravesar las puertas de un hospital puede ocasionar en determinada persona incomodidad y desazón, porque relaciona la infraestructura y los recursos humanos con el dolor, la enfermedad, el sufrimiento, el aislamiento y el sometimiento, rara vez con los conceptos de enseñanza, prevención, acompañamiento y apoyo con enfermería y hospital.

Este y muchos otros aspectos influyen en el rechazo hacia las actividades de cuidado, de donde

deriva la falta de adherencia a los tratamientos, la inasistencia a las consultas de control y a los exámenes diagnósticos, la renuencia a continuar con la medicación y las excusas improvisadas. El personal encargado de su cuidado, recuperación o rehabilitación queda con la incertidumbre sobre qué pudo haber motivado tal proceder.

La enfermedad aleja de la familia, *“(…) hace que la persona sea aislada en un ambiente diferente a aquel en el se desarrolla la vida cotidiana y que no siempre es agradable”*,¹⁷ acerca la muerte cuya proximidad causa miedo. La enfermedad misma y muchas de las intervenciones incluidas en el tratamiento causan dolor, incomodidad, sufrimiento físico y psicológico y todo esto lleva, en un intento por preservar la integridad, a una deficiente aceptación e incluso rechazo hacia la vivencia de una experiencia compleja como es la de estar enfermo.

Ciertos procedimientos son reconocidos por los mayores niveles de molestias y dolor que acarrear por lo que son frecuentemente rechazados. El personal de salud se ve obligado a dar complicadas explicaciones y al acompañamiento. Para ciertas intervenciones no sólo se requiere la firma del paciente autorizándola, sino que es necesaria la asistencia emocional y para vencer el temor y el posible rechazo.

La enfermedad limita el cuidado de sí y plantea dificultades en el cumplimiento de los roles de la vida diaria. Los participantes no aceptaban ser “objetos” cuando las limitaciones impuestas por la enfermedad, especialmente las que comprometían el funcionamiento del cuerpo, los hacían dependientes de otras personas, no querían ser considerados “desvalidos”, o incapaces de satisfacer sus necesidades por sí mismos. La dependencia compromete no sólo la capacidad de velar por la satisfacción de las necesidades propias, sino también la capacidad de responder por las obligaciones familiares. Según los participantes sentían el natural temor porque no sabían si el estado de dependencia era transitorio o definitivo, factor de más para no aceptar fácilmente la condición de enfermo, y enfermo dependiente.

Un requisito básico del ejercicio de la autonomía consiste en estar bien informado y conocer sobre

el asunto o la situación que se tiene que decidir.¹⁸ La información adecuada sobre un proceder ético y con calidad brinda tranquilidad y disminuye la desconfianza. Se encontró que el conocimiento respecto del hospital, sobre cada uno de los procedimientos y acerca de las personas que los intervinieron era importante para los pacientes y había influido en su actitud de sometimiento o rechazo.

Cuando tenían conocimientos previos se daba “rechazar con conocimiento”; es decir, tenían información anterior respecto a la institución de salud, los procedimientos a los que se debían someter y las personas que los debían realizar y en este caso, aparte de temor también reportaron desconfianza cuando dichos conocimientos hacían referencia a aspectos negativos. En este caso la “fama” de buenos o malos atribuida a las instituciones o a los profesionales favorecía el rechazo o aceptación. Preguntar sobre las calidades de las enfermeras y médicos y aun, escoger el día para consultar al servicio de salud eran alternativas para no exponerse a estar bajo el cuidado de personas con mala fama. Pedir otra opinión era una posibilidad cuando la mala fama de la persona era conocida o atribuida por los participantes. Las informaciones sobre inconvenientes y deficiencias en el cuidado contribuyen a una menor adherencia a los cuidados y al consiguiente rechazo. Con base en la experiencia vivida y en información obtenida los pacientes pueden complementar sus comentarios y difundir la “Fama” que, como se vio en este estudio, puede contribuir al rechazo cuando los aspectos negativos o la mala fama pesan en las decisiones de los pacientes.

“Reemplazar a la enfermera” hizo referencia a las situaciones en las que los familiares o acompañantes en general debían asumir funciones que estaban asignadas a las enfermeras en las instituciones en las que se vivió la experiencia de cuidado. Este aspecto puso de manifiesto dos aspectos importantes; en primer lugar que los participantes sentían cierta forma de descuido y falta de abogacía por parte de los enfermos y en segundo lugar, que a pesar de esto se hacían ingentes esfuerzos por mantener a los familiares alejados de la cama de los pacientes;¹⁹ si hay funciones de enfermería que ellos deben asumir, los esquemas institucio-

nales de visita deben responder a esta condición y ser más amables permitiendo al compañía de familiares en la unidades hospitalarias.

Para finalizar, este estudio mostró que algunos aspectos que motivan el rechazo al cuidado de la salud, aun cuando dependen de los pacientes deben ser intervenidos por los enfermeros en el cuidado y se deben tener en cuenta en la identificación de problemas y en la planeación para favorecer la aceptación y adherencia al cuidado por parte de los pacientes. El rechazo al cuidado plantea un reto para los enfermeros; como se vio en este estudio algunos de los factores que lo motivan pueden ser intervenidos utilizando algunas estrategias en el cuidado tales como explicaciones claras, diálogos oportunos, escucha activa, cuidado con afecto y adecuada comunicación.

El rechazo es asumido por los pacientes en un intento por recobrar el control de la situación o para preservar la integridad física y emocional. Por lo tanto la comprensión de las circunstancias por parte de los enfermeros puede contribuir para que el cuidado, de la misma manera que busca resolver problemas en el cuerpo también sirva para que las emociones y las respuestas de los pacientes estén acordes con las necesidades y los problemas a resolver. Condiciones favorecidas por la enfermedad y el tratamiento tales como el temor y el sufrimiento pueden llevar al rechazo de prácticas de cuidado; conocer estas condiciones hace posible que puedan ser intervenidas en forma oportuna.

El rechazo frente a las prácticas de cuidado es una decisión tomada como respuesta a los comportamientos que esgrimen los funcionarios de salud que no son aceptables o por la realización de procedimientos e intervenciones que el paciente por diversos motivos no acepta a o no considera validos, bien realizados o a los que no se quiere someter.

Esfuerzos para lograr un mejor reconocimiento y prestigio social de los profesionales, los procedimientos y las instituciones contribuyen a disminuir los eventos de rechazo; en este sentido, está sustentada la necesidad de proponer medidas para favorecer la calidad y la seguridad en el cuidado de las personas.

Referencias

1. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Proyecto de resultados Iowa. 3 ed. Madrid: Elsevier- Mosby. 2005. P. 8-20
2. Travelbee J. *Interpersonal Aspects of Nursing*, 1° ed. Philadelphia: FA Davis; 1966. p. 34, 35, 36, 146.
3. Henderson V. Podemos dar un papel estelar a los pacientes. *Invest educ. enferm.* 2000 Mar; 18 (1):125-126.
4. Nieswiadomy R. *Foundations of nursing research*. 3 ed. Stamford: Appleton y Lange; 1998. p.158.
5. Jablonski R. The experience of being mechanically ventilated. *Qual Health Res.* 1994 May; 4 (2):188.
6. Strauss A, Corbin J. *Bases de investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de enfermería; 2002. p.219.
7. De la Cuesta C. *Cuidado Artesanal La invención ante la adversidad*. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de enfermería; 2004. p.38.
8. Taylor, S. Bodgan, R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós; 1987. p.55-56.
9. Morse J. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativos*. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de enfermería; 2003. p.145.
10. Cohen M, Kahn D, Steeves R. *Hermeneutic phenomenological research. A practical guide for nurse research*. Londres: Saac publications; 2000. p.71 – 83, 81, 82.
11. Foucault M. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada medica*. Argentina: Siglo XXI editores, 2004. p.167.
12. Galeano. E. *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. 1 ed. Medellín: Fondo editorial EAFIT; 2003. p. 45.
13. Donella E, Rodríguez P. *Más allá del dilema de los métodos. La investigación en las ciencias sociales*. 2ed. Bogotá: Norma; 1997. p.153.
14. Carper BA. *Fundamental patterns of knowing in nursing*. En: Chinn PL, Kramer MK. *Theory and nursing. Integrated knowledge development*. 5 ed. St lois: mosby; 1999. p. 6.
15. Madjar I. *Infligir y manejar el dolor. Un desafío para enfermería*. *Invest. Educ. enferm.* 2000 sep; 18 (1): 45.
16. Beltrán O. *significado de la experiencia de estar críticamente enfermo y hospitalizado en UCI*. [Tesis de maestría.] Medellín: Universidad de Antioquia; 2007. p. 69.
17. Watson J. *Nursing: human science and human care. A theory of nursing*. Boston: Jones and Bartlett publishers; 1999.p. 33 -34
18. Beltrán OA. *La enfermedad grave una oportunidad*. *Invest educ enferm.* 2008; 26(1): 68-77, 75.
19. Beltrán OA. *La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo*. *Aquichan*; 2009 Abr; 9(1):29.
20. Torralba F. *Antropología de la enfermedad*. En: *Antropología del Cuidar*. Madrid: Fundación Mafpre Medicina; 1998. p. 26.
21. Berwick DM, Kotagal M. *Restricted Visiting Hours in ICUs: Time to Change*. *JAMA.* 2004; 292(6): 736-737.
22. Infante C. *Quejas medicas. La insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención medica*. México: editores de textos mexicanos (ETE); 2006. p. 211.