



Universidad Nacional del Comahue



Sede Neuquén Capital

Facultad de Ciencias del Ambiente y la Salud

Licenciatura en Enfermería

Tesis para optar al título de Licenciada en Enfermería

**EFFECTO QUE CAUSA EL USO DE APELATIVOS
EN LA RELACIÓN ENFERMERO - USUARIO EN
EL HOSPITAL DR. PEDRO MOGUILLANSKY 2023**

Rivas Quintana Mariela

DNI 35600181

Legajo 126718

mariela.rivas.q@hotmail.com

Directora de Tesis: Licenciada Díaz Mónica

Fecha de aprobación de plan de tesis: 11 de mayo de 2023

Fecha de finalización de tesis: 16 de mayo de 2024

Índice

| | |
|---|-----------|
| Resumen..... | 2 |
| Abstrac | 3 |
| INTRODUCCIÓN | 4 |
| JUSTIFICACIÓN..... | 6 |
| PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA | 9 |
| <i>Preguntas que llevaron a la elección del problema.....</i> | <i>10</i> |
| PROBLEMA | 11 |
| OBJETIVO GENERAL | 11 |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 11 |
| ESTADO DEL ARTE | 12 |
| MARCO TEÓRICO | 17 |
| <i>Investigaciones.....</i> | <i>17</i> |
| <i>Teorías de Enfermería</i> | <i>28</i> |
| <i>Leyes que intervienen en el trato digno y humanizado de las personas</i> | <i>32</i> |
| METODOLOGÍA..... | 34 |
| <i>Contexto.....</i> | <i>34</i> |
| DISEÑO METODOLÓGICO..... | 37 |
| <i>Población y muestra.....</i> | <i>39</i> |
| <i>Operacionalización de las variables</i> | <i>40</i> |
| PROCESAMIENTO DE DATOS..... | 41 |
| ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS CATEGORÍAS | 42 |
| CONCLUSIÓN | 51 |
| <i>Propuesta de cambio</i> | <i>53</i> |
| BIBLIOGRAFÍA | 54 |

Resumen

Introducción: En la relación Enfermería-usuario es importante lograr una comunicación efectiva que garantice el confort e interacción fluida de ambas partes. Para lo cual es necesario que Enfermería se capacite en materia de comunicación y humanización del cuidado.

Objetivo: Describir cómo afecta el uso de apelativos y el término “paciente” en la relación enfermero-persona en los sectores de cuidados mínimos e intermedios.

Método: Metodología cualitativa, basada en el estudio fenomenológico de la vida social, de tipo descriptiva. Interpretación de datos recolectados por entrevistas y análisis descriptivo.

Resultado: Se establecieron categorías y dimensiones, discriminando el origen de los datos.

Conclusión: La mayoría de los enfermeros insisten en el uso de apelativos sin darle relevancia al impacto que pueda tener. Se observa la escasa importancia que se le da al uso del nombre y presentación. Quienes utilizan apelativos son la mayoría de los enfermeros entrevistados y lo hacen de manera cotidiana e incluso lo describen como la mejor alternativa. La mayoría de los usuarios entrevistados lo consideran una forma agradable y cariñosa de dirigirse a ellos. Sin embargo, es importante tener en cuenta las reacciones de usuarios relatadas por Enfermería, ya que demuestra que en algunas personas son detonantes de crisis, molestia, incomodidad o malentendidos. Con respecto al uso del término “paciente”, se concluye que todos los enfermeros lo utilizan por aprenderlo así durante su formación práctica profesional y su uso en la institución.

Palabras claves: apelativos; sobrenombres; comunicación; relación; usuario; paciente.

Abstrac

Introduction: In the Nurse-user relationship it is important to achieve effective communication to ensure comfort and smooth interaction of both parties. For this, it is necessary for nurses to be trained in communication and humanisation of care.

Objective: To describe how the use of appellatives and the term "patient" affects the nurse-person relationship in the minimum and intermediate care sectors.

Method: Qualitative methodology, based on the phenomenological study of social life, descriptive type. Interpretation of data collected through interviews and descriptive analysis.

Result: Categories and dimensions were established, discriminating the origin of the data.

Conclusion: Most nurses insist on the use of nicknames without giving relevance to the impact this may have. It is observed that little importance is given to the use of name and presentation. Most of the nurses interviewed use nicknames and do so on a daily basis and even describe it as the best alternative. Most of the users interviewed consider it a pleasant and affectionate way of addressing them. However, it is important to take into account the reactions of users reported by nurses, as it shows that in some people these are triggers for crisis, hassle, discomfort or misunderstandings. With regard to the use of the term "patient", it is concluded that all nurses use it because they learnt it this way during their professional practical training and its use in the institution.

Key words: appellatives; nicknames; communication; relationship; user; patient.

INTRODUCCIÓN

Pensar en una comunicación efectiva implica muchos aspectos, entre estos, el uso de los sentidos que están involucrados, conocimientos, técnicas y experiencias. El desarrollo de estos depende de cada profesional. Entender cómo aprovechar al máximo las posibilidades de comunicación, interacción y observación, va a permitir alcanzar la mejor calidad de la relación.

En Enfermería el uso de herramientas de comunicación es muy importante, ya que permite identificar, conocer, comprender y atender al cuidado de las necesidades que tiene el otro.

Existen numerosas guías y manuales que explican el proceso de comunicación en la relación enfermero-persona, las que generalmente describen actividades que son impensables de realizar durante el cuidado, ya que implican mayor tiempo y personal para que se realicen, lo que requiere un mayor gasto para las empresas de salud o las instituciones estatales, en lo referido a contratación del personal. Lo que se traduce en que el enfermero desestime estas guías, y realice su tarea en base al tiempo que le puede dedicar a la persona y no a la calidad y confort que realmente se necesita. Por lo cual, le resulta más práctico no conocer los nombres de las personas y asignarles apelativos para referirse a ellos, ya sea ante la persona cuidada o ante sus colegas, porque esto disminuye el tiempo utilizado en la relación, debido a la alta demanda de usuarios y la escasez del personal, razón frecuentemente esgrimida por Enfermería y que se quiere investigar en esta tesis.

Lo que se espera conocer a través de esta investigación, es el origen del uso de apelativos, muy común en el ambiente de salud, cómo condiciona el cuidado, cómo es percibido y qué consecuencias tiene.

Para realizar una investigación que sea integral, es necesario también analizar cómo lo percibe el usuario, que desde el inicio de la relación es considerado como “paciente”. Esta palabra, aunque no parezca, tiene poder, ya que encasilla a la persona en una postura pasiva, simplemente como un receptor de cuidados.



Questionar e investigar estos aspectos con mayor profundidad va a permitir que los futuros profesionales de salud tomen verdadera importancia en la comunicación que se utiliza, garantizando así, no solo que el profesional desarrolle habilidades técnicas, sino también orientar la formación social y comunicativa con los usuarios. Lo cual beneficia también a la persona en la adherencia al tratamiento y mantenimiento de su salud.

Para obtener los datos se entrevistará a profesionales de Enfermería en su ámbito laboral y a personas que son asistidas en el hospital, se realizará una investigación cualitativa, para abordar el tema analizando conductas y experiencias de las personas investigadas. El análisis de datos será de tipo descriptivo, interpretando experiencias a partir de los datos recolectados.

JUSTIFICACIÓN

Los apelativos son nombres calificativos que se le da a una persona en lugar del suyo propio y que, generalmente, hace referencia a algún defecto, cualidad o característica particular que lo distingue.

El uso de estos términos es muy común en el trato del personal de Enfermería hacia las personas, que, en ciertas ocasiones les es indiferente y en otras se sienten incómodos o afectados por el uso, o son percibidos como una actitud “cariñosa” o “amigable”.

Fernandez F. (2006) muestra un relato de una de las mujeres consultadas por la Asociación El Parto es Nuestro de España sobre su experiencia en el parto, en el que se expresa:

“eran amables conmigo, el médico utilizaba el diminutivo de mi nombre para llamarme y todo lo acababa en “ito”. Las enfermeras no se presentaron ni me preguntaron mi nombre, pero me llamaban “cariño” y “cielo”. Cuando yo preguntaba por una intervención o por el progreso del parto el médico me decía “tranquila, yo sé lo que hago”, y no me respondía. Me infantilizaron, me empequeñecieron. Me sentí como una disminuida psíquica y no como una mujer de 36 años, hecha y derecha (p. 510)”

En esta situación particular y trascendental para una mujer, como es el parto, es importante estar capacitado no sólo para la técnica y asistencia, sino también para el estado psicológico que puede presentar la mujer y cómo espera ser tratada.

Este es un tema que poco se investiga, pero que es muy criticado a la hora de comenzar a ejercer como profesional de Enfermería, ya sea por personas que no lo realizan o por el mismo profesional, al saber que no es correcto hacerlo. Al momento de recibir el título de profesional se da por entendido y aprendido que el uso del nombre de las personas es importante a la hora de brindar el cuidado, es decir, forma parte de una norma aprendida en el recorrido curricular. Ya sea,

porque aumenta la seguridad del cuidado o porque forma parte de los elementos que componen el trato digno a la persona.

Tal como lo refleja Alfaro LeFevre en su diseño de entrevista enfermero-persona: “Verifique el nombre de la persona y pregúntele cómo le gusta que la llamen (por ejemplo: Aquí pone que su nombre es Miguel Riera ¿Es así? ¿Cómo quiere que le llame?). Verificar el nombre envía el mensaje de que quiere asegurarse de que todo es correcto. Usar el nombre que el usuario prefiere le ayuda a sentirse más relajado y envía el mensaje de que usted reconoce que es una persona con sus preferencias y desagradados” (Morant, R. 2016, p. 294).

En el ambiente laboral sanitario, es muy común encontrar sectores o incluso instituciones en los cuales a las personas atendidas se les adjudica un antropónimo, ya sea utilizando un sobrenombre, apodo, hipocorístico, apelativo, nombre propio en diminutivo, entre otros tipos. Más aún en lugares en que el personal lleva muchos años de servicio y ya lo tienen muy interiorizado, casi como un hábito o costumbre. Esta manera de referirse a la persona da a entender que el profesional desconoce su nombre o no tiene interés o tiempo en conocerlo (Morant R.; 2016, p. 285).

En un estudio realizado a través de 419 encuestas hechas a acompañantes y personas pediátricas en el Servicio de Clínica Pediátrica del Departamento de Pediatría del Hospital Italiano de Buenos Aires, el 68% acompañantes prefirió que el médico se dirigiera a ellos por el nombre de pila, además prefirieron, en un 78%, que los pediatras se dirigieran a sus hijos por el nombre de pila. Por otra parte, los niños entre 5 y 19 años prefirieron ser llamados por su nombre de pila en un 60%, por su apelativo genérico en un 11%, a un 11% les resultó indiferente, por su apodo a un 10% y, el 8% restante, por su nombre de pila en diminutivo (Eymann A., Otorlani M. y otros; 2011). Estos resultados demuestran que, incluso siendo parte del grupo pediátrico, los usuarios prefieren en su mayoría ser llamados por su nombre propio.

Es importante llamar a la persona por su nombre y no con calificativos estereotipados de presunta “ternura”, como abuelita, madre, gordita, mi amor, los cuales, dichos completamente fuera de su verdadero contexto, son términos que en algunos casos pueden llegar a desorientar y siempre afectan la autoestima, aparte de que podría ser una falta de respeto con la persona. En cambio, cuando se identifica a alguien por su nombre se le hace sentir valorado como persona, se le individualiza se le hace sentir importante, más seguro y con mucho menos frialdad (Ariza C.; 2012, p. 50).

El sujeto constantemente buscará sostenerse en sus identidades (Zelis O.; 2012, p. 780), ante un lugar desconocido, personas desconocidas al sujeto cuidado van a preferir que se lo llame por su nombre, garantizando así que el profesional tiene conocimiento de su identidad y conoce su situación de salud-enfermedad. “Para Freud existen pocas personas que no sientan molestia cuando un otro olvida su nombre, pues el nombre propio es inseparable de la persona, en cierta forma se podría decir que es la representación de la esencia misma de la persona, pues quien no es nombrado equivale a la nada, no tendría un lugar dentro del discurso cotidiano (Marcer y Kicillof; 1990)” (Ledezma A.; 2016, p.33).

Según Morant R. (2016), desde hace unos años, gracias a los manuales de estilo de los centros asistenciales, se está extendiendo un tratamiento más cortés, caracterizado por combinar el nombre de pila, (transmisor de empatía y generador de confianza), y el trato de usted (transmisor de respeto y de distancia terapéutica) (p. 294).

Esta investigación aporta al estudio del cuidado enfermero de calidad, ya que se destaca la importancia de brindar un cuidado basado en la individualización y adaptación de la atención, hacia una persona única.

PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

La elección de este tema se considera en base a la observación realizada en la tarea diaria, y su relación con respecto a la comunicación con la persona a la que se le brinda el cuidado. La idea se originó al identificar las actitudes, expresiones faciales y cambios en la relación que mostraban las personas al notar que el profesional de salud no lo llamaba por su nombre, sino que utilizaba términos impersonales para referirse a ellos o llamar su atención. Tampoco les preguntaban el nombre, o cómo querrían que los llamen. Aquellos, quienes acuden a una atención médica, lo hacen en un contexto de vulnerabilidad, estrés, padecimiento, preocupación, en ocasiones desorientación e ignorancia del proceso salud-enfermedad que atraviesan. Esto condiciona a la persona en una postura en la cual está totalmente receptiva a los cuidados de los profesionales, principalmente de Enfermería. El inicio y continuidad de la relación que se establece entre los profesionales y las personas se ve afectado en el tipo de comunicación que utiliza el profesional, la que es esencial para establecer confianza, seguridad y confort, en un ambiente de cordialidad, hospitalidad y de trato humanizado.

Otro aspecto importante de la relación enfermero-usuario que se da frecuentemente es que el profesional no se presenta por su nombre ante el usuario, por lo que este no sabe quién lo cuida ni cómo llamarlo en caso de que lo necesite. En este sentido, Enfermería también se pone en el lugar de lo “no nombrado, ni identificado”.

La elección de este tema también se acompaña por la lectura de un relato, realizado en primera persona, por un médico sanitarista que recibió atención médica y tuvo que atravesar una internación. Entre las experiencias que narró, da a conocer aspectos relacionados al vocabulario y la comunicación que utilizaban los profesionales, “...lo mejor es la solución que encuentran las enfermeras para el tratamiento social del “paciente”, que encuentro -de alguna manera- pleno de algo que se parece a la simpatía: "bebé" y "muñeco" son los dos términos que recuerdo. Éste último, sobre todo, me llama la atención. Pienso: ¿Qué me habrá querido decir?, sobre todo tratándose de una mujer joven y bonita. Después

reflexiono que no me encuentro en una situación donde puedo ejercer mis conocidos (por mí) recursos de seducción y descarto cualquier vanidad masculina”. Durante su internación este médico tuvo que atravesar por una serie de situaciones en las cuales muestra un descontento y malestar ligado al comportamiento que tienen tanto médicos como enfermeros para con él. Destacando en todo momento el trato despersonalizado que muestra el personal de salud.

Este relato motivó a la reflexión de la tarea cotidiana de Enfermería. De la observación de las relaciones que establece Enfermería con el usuario surge un análisis rápido, lo que se interpreta es que el profesional desconoce el nombre, no tiene interés en conocerlo, o no tiene el tiempo de aprenderlo. Por lo que se le haría más accesible usar expresiones impersonales, tales como “gordita/o”, “mamita”, “papito”, “campeón”, “abuelo/a”, entre muchas más.

En referencia a esto existe la posibilidad de que la persona que recibe un trato impersonal en una relación enfermero-persona, o con cualquier otro profesional de la salud, va a marcar una diferencia en la comunicación, ya que puede disgustarse, malentender la intención, es decir, interpretarla como coqueteo o incluso, un insulto. Es por ello, que es tan importante comenzar a investigar cómo se siente un usuario ante esta modalidad de trato, y a la vez qué es lo que lleva al profesional a realizar esta práctica con tanta naturalidad sin pensar en las consecuencias que esto pueda tener. Es importante tener en cuenta el trato preferencial para lograr una relación de confianza y eficaz.

Preguntas que llevaron a la elección del problema

- ¿En qué momento se produce el quiebre entre las teorías sobre comunicación en la relación Enfermería - persona y lo que se hace en la práctica realmente?
- ¿Conoce Enfermería los efectos que produce no llamar al usuario por su nombre?
- ¿Existe una tendencia generacional a la que se atribuye esta práctica?

- ¿Cómo se sienten los usuarios al no ser llamados por su nombre?
- ¿Qué motiva a Enfermería a desconocer la identidad de las personas cuidadas?

PROBLEMA

¿Cómo afecta el uso de apelativos y el término “paciente” en la relación enfermero-persona en los sectores de cuidados mínimos e intermedios (Guardia, Clínica Médica, Ginecología y Quirófano), del Hospital Dr. Pedro Moguillansky de Cipolletti, Río Negro, durante el periodo de julio - diciembre del 2023?

OBJETIVO GENERAL

Describir cómo afecta el uso de apelativos y el término “paciente” en la relación enfermero-persona en los sectores de cuidados mínimos e intermedios (Guardia, Clínica Médica, Ginecología y Quirófano), del Hospital Dr. Pedro Moguillansky de Cipolletti.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir cuáles son las consecuencias y efectos que tiene el uso de apelativos en las personas cuidadas.
- Indagar sobre cuáles son las motivaciones que llevan al uso de apelativos por parte de los profesionales de Enfermería.
- Indagar en el significado que da Enfermería al uso del término "paciente" durante el cuidado.
- Indagar sobre los efectos que causa la falta de identificación a las personas cuidadas en la relación de ayuda enfermera.

ESTADO DEL ARTE

- ◆ Eymann A., Otorlani M. y otros (2011) en “Modalidades de saludo preferidas por las personas en la consulta pediátrica ambulatoria”, presenta un estudio de corte transversal, realizado a través de 419 encuestas hechas a acompañantes de “pacientes” de entre 1 mes y 19 años, y 249 a “pacientes” mayores de 5 años, en el Servicio de Clínica Pediátrica del Departamento de Pediatría del Hospital Italiano de Buenos Aires. El objetivo fue evaluar las preferencias de padres y niños sobre cómo desean que los pediatras de cabecera los saluden y se dirijan a ellos. Se realizó un estudio de corte transversal. En los resultados se obtuvo que el 68% de los acompañantes prefirió que el médico se dirigiera a ellos por el nombre de pila, además prefirieron, en un 78%, que los pediatras se dirigieran a sus hijos por el nombre de pila. Por otra parte, los “pacientes” entre 5 y 19 años prefirieron ser llamados por su nombre de pila en un 60%, por su apelativo genérico en un 11%, a un 11% les resultó indiferente, por su apodo a un 10% y, el 8% restante, por su nombre de pila en diminutivo. Además, el 90% prefiere ser tratado de manera informal (tuteo). Preferir el saludo con beso en la mejilla estuvo asociado con el análisis multivariado con que el acompañante fuera la madre, la edad menor de 39 años y hubiera mayor tiempo de vínculo con el pediatra. Estos resultados demuestran que los acompañantes y los usuarios prefieren ser llamados por su nombre de pila y ser saludados con un beso en la mejilla. Los acompañantes prefieren el trato informal durante la consulta.

El tema que se plantea en este informe compete a esta investigación, ya que plantea el uso del nombre de pila como principal saludo hacia las personas que serán atendidas por el profesional de salud. Los resultados obtenidos confirman esta conclusión.

- ◆ Silva Fhon J. R. y otros (2015), en un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal llamado “Percepción del paciente hospitalizado

respecto a la atención de Enfermería en un hospital público”, se realiza un cuestionario de perfil social y un cuestionario de percepción del usuario de la atención de Enfermería a 50 personas mayores de 18 años atendidos en el servicio de Medicina de un hospital público, ubicado en la ciudad de Callao, Perú. Los datos se obtuvieron a través de un cuestionario de percepción del usuario de la atención de Enfermería. La recolección fue realizada por estudiantes de Enfermería, previamente capacitados para el abordaje del usuario, entre los meses de septiembre y noviembre del año 2012. Para el análisis de los datos fue utilizada la estadística descriptiva mediante el uso de frecuencias y porcentajes, mediante la tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar). Para el análisis de asociación fueron utilizadas categorías de percepción favorable, medianamente favorable y desfavorable. Como resultados se obtuvo que el 60% tuvo una percepción medianamente favorable con relación al cuidado realizado por Enfermería. Los componentes Técnico e Interpersonal fueron categorizados como medianamente favorables (el 52% y 46% respectivamente) y el componente Confort desfavorable (80%).

En la distribución de respuestas según cada componente, se observó que en el componente Técnico los entrevistados apuntaron que enfermería a veces presenta organización durante su atención (56%). En el componente Interpersonal, Enfermería no se identifica por su nombre (38%) y no es amable (10%). En el componente Confort, las personas refieren que a veces el ruido del ambiente hospitalario no les facilita el descanso (52%).

Se observó que la mujer percibe mejor la atención de la enfermera. Los resultados apuntaron a la necesidad de un proceso reflexivo por parte del personal de Enfermería para mejorar la atención, la percepción del usuario y brindar un cuidado de calidad.

El componente que se relaciona con esta investigación es el Interpersonal, en este las personas refirieron que Enfermería a veces no se presenta por su nombre y no demuestra amabilidad durante la atención.

- ◆ En su estudio denominado “Relaciones personales entre la enfermera y el paciente”, Ramírez P. y Müggenburg C. (2015) con herramientas de Google Académico y en bases de datos como PubMed-MEDLINE y SciELO revisaron artículos de investigación de revisión narrativa y sistemática, tanto con enfoque cuantitativo como cualitativo. Se eligieron 58 que cumplieron con los criterios de selección: hombres y mujeres, de 18-60 años, publicados entre 2008-2013, de los 3 niveles de atención, en español, inglés y portugués y con texto completo. Una vez seleccionados los artículos se realizó análisis de contenido y con el apoyo de tablas de evidencia se recuperó la información más relevante de cada uno; con el programa de EndNote X5 se logró crear una base de referencias bibliográficas de los 58 artículos seleccionados para el desarrollo de esta revisión narrativa. Se establecieron 5 grupos de acuerdo al contenido y a los resultados para describir los aspectos más significativos de las relaciones interpersonales enfermera-persona. Los grupos fueron: elementos básicos en las relaciones interpersonales, relaciones interpersonales enfermera-persona bajo diversas perspectivas teóricas, relaciones interpersonales en primero y segundo nivel de atención, relaciones interpersonales en el tercer nivel de atención y relaciones interpersonales en personas con cáncer. Como conclusión se obtuvo que los artículos seleccionados consideran prioritariamente a las áreas de cuidados intensivos y la observación de personas con padecimientos graves o terminales. Destacan la importancia de la comunicación no verbal, sin desconocer el valor de la comunicación verbal. Se observa que el desarrollo de la tecnología ha significado un progreso para la obtención y el mantenimiento de la salud de las personas, pero también se ha convertido en una barrera para las

relaciones interpersonales. Además, las cargas de trabajo excesivo y la preocupación por el desarrollo de técnicas desplazan el reconocimiento del lugar que ocupan las relaciones interpersonales efectivas.

Se distingue de esta investigación parte de la conclusión, que enfatiza en mejorar la capacitación de los profesionales orientándola a una comunicación interpersonal efectiva. Lo que hace que el profesional desarrolle habilidades comunicativas que van a mejorar el cuidado.

- ♦ Heluy de Castro C. y otros (2004), en “Humanización de la Atención de Enfermería en el Quirófano”, se realiza un estudio descriptivo exploratorio en el Quirófano de un hospital público en la ciudad de Belo Horizonte, Brasil. Compuesto por una muestra de 15 profesionales de Enfermería, todos ellos eran de sexo femenino y sus edades se encontraban entre los 30 y 50 años. La muestra de personas constaba de 80 y sus edades eran muy dispares. La metodología utilizada fue la recogida de información directa con el personal en los intervalos entre las jornadas de trabajo y con las personas que acababan de someterse a una intervención quirúrgica.

Una vez realizada la recogida y análisis, los resultados hallados entre todos los datos, una cuestión importante que se detectó a través del contacto directo con las personas, fue el desconocimiento del nombre del profesional de Enfermería que les atendía. Todos los entrevistados reconocían que el personal que les prestaba asistencia era muy acogedor, pero no conocían sus nombres.

La humanización de la atención puede favorecer la reducción del estrés de los pacientes y de los profesionales. Los profesionales sanitarios asumían que la atención debería de ser humanizada y no simplemente el conocimiento y desempeño de técnicas.

Esta investigación muestra que es necesario formar en cuidado humanizado a los profesionales sanitarios, para lo cual sería necesario considerar los límites, potencial y necesidades de cada uno de ellos. De esta manera, tanto los usuarios

como la propia institución tampoco deberían ignorar las preferencias y particularidades del personal sanitario, pues es imposible desarrollar un ambiente humanizado si el personal que imparte la asistencia está insatisfecho; los profesionales sanitarios también deben ser vistos como seres humanos.

- ◆ En su publicación “Pacientes, clientes, médicos y proveedores, ¿es solo cuestión de terminología?” Ayuzo del Valle describe que, desde el enfoque empresarial de un hospital, un paciente es un personaje pasivo que solicita un servicio y un cliente, una persona que exige un servicio y participa de forma activa en su tratamiento. Por otra parte, el médico se convierte en un proveedor de salud para el sistema hospitalario. También se menciona que, en un artículo de la Universidad de Negocios de Harvard, se cita que no se puede reducir la salud a un negocio ni ver al médico como un proveedor que vende servicios de salud a un consumidor de valores sociales.

Existen muchos puntos de vista en contra y a favor de esta terminología, muchas opiniones al respecto, pero poca investigación. En 1997 el Dr. Peter Wing, ortopedista de Canadá publicó un estudio en donde entrevistó a 101 personas que acudieron a la clínica de columna de Vancouver, encuestando si las personas que acudían a la clínica deseaban ser referidas como clientes o pacientes. De 101 personas, 74 prefirieron el uso de la palabra «paciente».

Finalmente Ayuzo del Valle concluye que se pueden usar alternativas para referirse al paciente por su nombre y apellido y de esa manera personalizada estar fuera de esta controversia de lenguaje.

La conclusión final de esta autora se relaciona con el tema en cuestión, relacionando los dos puntos a trabajar en esta investigación. Ya que el uso del nombre y apellido de las personas permite que se perciba un cuidado más personalizado.

MARCO TEÓRICO

Investigaciones

En su artículo Morant R. (2016), “La antroponimia en la atención sanitaria”, publicado en la revista española “Círculo de Lingüística Aplicada a la Comunicación”, se realiza un corpus de antropónimos empleados en la interacción entre profesionales de la sanidad y las personas. El cual es analizado y comparado con investigaciones y textos de diversos países. El objetivo es estudiar los nombres propios que los profesionales de la sanidad utilizan para referirse y dirigirse a las personas en la atención asistencial. La hipótesis es que el antropónimo constituye un elemento relevante en la relación personal sanitario/persona, pero su uso resulta complejo. Es necesario conocer las distintas opciones apelativas que ofrece nuestro sistema antroponímico (nombre completo, nombre más apellido, apellido, nombre de pila, hipocorístico, apodo, etc.) y saber elegir entre todas estas posibilidades atendiendo a los factores personales y culturales del enfermo, a los factores comunicacionales (finalidad, canal, contexto, etc.) y a otros elementos como el nivel de conocimiento previo entre los interlocutores. Un detalle comunicativo como la forma de identificar, referirse o dirigirse a un paciente puede tener una gran importancia en el ejercicio médico.

Una de las claves para que la relación profesional sanitario/paciente tenga éxito consiste en conocer por una parte, las distintas opciones apelativas que ofrece nuestro sistema antroponímico (nombre completo, nombre más apellido, apellido, nombre de pila, hipocorístico, apodo, etc.) y en saber elegir por otra, entre todas estas posibilidades atendiendo a los factores personales y culturales del enfermo, a los factores comunicacionales (finalidad, canal, contexto, etc.) y a otros elementos como el nivel de conocimiento previo entre los interlocutores, (p. 278).

El personal sanitario, además de conocimientos técnicos, ha de poseer habilidades comunicativas para que su interacción con la persona resulte eficaz. Este estudio permite ver las formas de trato hacia las personas que se conocen en el ambiente sanitario y expone un análisis comparativo con el tema en cuestión.

La necesidad de identificar correctamente al usuario constituye un punto clave para salvaguardar la seguridad del servicio de salud, para evitar errores en la asistencia sanitaria, que pueden poner en peligro la vida del enfermo (...).

Con el fin de evitar equivocaciones en los centros hospitalarios se utilizan pulseras o brazaletes identificativos. Estos accesorios, en los que consta entre otros datos, el nombre y el apellido, la fecha de nacimiento y procedimiento, se emplean con un doble objetivo, el del conocimiento y el del reconocimiento del usuario, o sea, se utilizan con el fin de “reforzar la seguridad en la práctica sanitaria y favorecer un trato más cercano y humano entre los profesionales y los enfermos”, (p. 282).

En la actualidad, aun teniendo herramientas para evitarlo, se continúan utilizando denominaciones impersonales, que pueden referirse a diferentes personas y suelen molestar a las personas porque dan a entender que el profesional desconoce su nombre o no tiene interés o tiempo en conocerlo.

El facultativo o el profesional de Enfermería debe preguntar a la persona cuáles son sus preferencias denominativas para actuar en consecuencia. Se recomienda para el trato, mencionar primero el apellido acompañado con un señor/a antepuesto, y en cuanto se pueda, indagar sobre el trato preferencial.

Verificar el nombre o preguntar por el trato de preferencia, envía el mensaje de que quiere asegurarse de que todo es correcto. Usar el nombre que el usuario prefiere le ayuda a sentirse más relajado y envía el mensaje de que el profesional reconoce que está tratando con una persona con sus preferencias y desagradados.

En el caso de las fórmulas nominales empleadas para apelar a los ancianos se ha demostrado, que estas personas se pueden sentir molestas cuando, sin un conocimiento previo, los profesionales de la salud les tutean y les llaman por su nombre personal. Su enfado puede deberse a que esperan otro trato más formal, a que se les habla como si fueran

niños y a que la educación exige que los profesionales se adapten a los deseos de los usuarios de la sanidad. Para cumplir con esta última norma de cortesía, el facultativo o el profesional de Enfermería debe preguntar al paciente cuáles son sus preferencias denominativas para actuar en consecuencia. Desde hace unos años, gracias a los manuales de estilo de los centros asistenciales, se está extendiendo un tratamiento más cortés, caracterizado por combinar el nombre de pila, (transmisor de empatía y generador de confianza), y el trato de usted (transmisor de respeto y de distancia terapéutica), (p. 295).

Ariza C. (2012), desde la Facultad de Enfermería, Bogotá, Colombia, en “Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria” mediante la revisión de la literatura del sector de la salud relacionada con el tema, incluyendo disciplinas como Medicina y Enfermería dentro de la que se tuvo en cuenta la Ley 911/2004, reflexiona sobre la importancia que tiene para todos los profesionales de la salud, proporcionar una atención y cuidado, que se caracterice por ser humano.

Dentro de las conclusiones se destaca que la responsabilidad de los profesionales se centra en garantizar la calidad de su desempeño a quienes reciben sus servicios. Esto implica velar por la continuidad y actualización permanente en su formación; así como velar porque se pueda contar con la infraestructura necesaria a nivel de recursos humanos y materiales. Las acciones de profesionales e instituciones asistenciales y formadoras deberían tender a favorecer que la atención humana se caracterice por estar matizada de valores éticos y morales dentro de los cuales el respeto ocupa un lugar privilegiado, (p. 51).

Las instituciones deben buscar de manera permanente los mecanismos para motivarlos e incentivarlos para que sientan gusto y placer de ejercer su profesión, así como suprimir las barreras organizativas y administrativas innecesarias, para alcanzar una resolución eficiente y de excelencia. Asimismo, sería importante considerar las condiciones laborales que actualmente dichas instituciones ofrecen: contratos por

tiempo limitado lo cual produce incertidumbre laboral, salarios insuficientes que conllevan a la necesidad de tener que contar con varios empleos a la vez, recargo de responsabilidades administrativas que impiden en algunas ocasiones poder dedicar el tiempo justo a cada una de las personas que solicitan la atención en salud, (p. 47).

A estas entidades están muy ligadas las instituciones universitarias formadoras, quienes además de transmitir los conocimientos científicos, están llamadas a inculcar los valores morales y éticos como eje transversal a través de todo el proceso formativo, con el propósito de lograr la excelencia y el mejor adiestramiento posible, (p. 47).

Durante la formación en la institución, Enfermería adquiere un gran cúmulo de conocimiento y desarrolla habilidades que le permiten desempeñarse, adaptarse y seguir capacitándose en base a las diferentes especialidades que existen para la profesión. Pero no hay una formación, tanto como cátedra, taller, seminario o curso disponible que integre la comunicación y trato humanizado que debe desarrollar el profesional en su práctica diaria. No es un tema que se evalúe como parte del conocimiento adquirido. Cada profesional desarrolla su propia forma de comunicarse, ya sea durante el cuidado o refiriéndose al usuario frente a sus colegas.

Es importante llamar al paciente por su nombre y no con calificativos estereotipados de presunta “ternura”, abuelita, madrecita, gordita, mi amor los cuales, dichos completamente fuera de su verdadero contexto, son términos que en algunos casos pueden llegar a desorientar y siempre afectan la autoestima, aparte de que podría ser una falta de respeto con el paciente. En cambio, cuando se identifica a alguien por su nombre se le hace sentir valorado como persona, se le individualiza, se le hace sentir importante, más seguro y con mucho menos frialdad.

(...) es importante hacer énfasis en que no se puede permitir que la intervención se centre únicamente en el cuidado de sondas, equipos, catéteres, el cuidado debe ir mucho más allá; el cuidado debe estar

centrado en paciente como persona, y a su alrededor está la tecnología, el equipo de salud, la familia, etc., (p.50).

En el artículo que se titula “¿Nombrarse o ser nombrado? El nombre como depositación”, realizado en el curso Clínica Psicoanalítica y Psicodinámica, Universidad de Costa Rica, por Ledezma Jiménez Á. (2016), se desarrolla una investigación bibliográfica con la finalidad de definir si los nombres propios poseen o no un significado, para realizar esto se establece el dilema lingüístico de la connotación-denotación, es decir el dilema de que el nombre propio es etiqueta identificativa-significado. Asimismo, se indaga en distintas características que pueden o no estar ligadas a los nombres, como la carga simbólica y las depositaciones de las personas hacia los otros, así como las propias. Todo esto se relaciona con la teoría psicoanalítica y psico-lingüística, en conjunto con los aportes del filósofo Jhon Searle y el lingüista Ferdinand de Saussure.

Según Freud, “existen pocas personas que no sientan molestia cuando un otro olvida su nombre, pues el nombre propio es inseparable de la persona, en cierta forma se podría decir que es la representación de la esencia misma de la persona, pues quien no es nombrado equivale a la nada, no tendría lugar dentro del discurso cotidiano (Marcer y Kicillof, 1990)” (Ledezma Jeménez, 2016, p. 33).

Diaz Manchay R. J. y otros (2018), presentan un ensayo en el que plantean como objetivo identificar de qué manera la hospitalidad es ofrecida durante el cuidado de Enfermería. Se concluye que la hospitalidad proporcionada en el hospital abarca buen trato desde el saludo amable, pasando por la cortesía, el sentido del humor hasta la gran preocupación porque las personas continúen confortables en su estancia mientras recuperan la salud, además de la importancia de las comodidades en las instalaciones y los servicios que se ofrecen, aspectos que conducen a humanizar la salud.

Es frecuente encontrar profesionales refiriéndose a los pacientes no por sus nombres sino por sus patologías, enfermedades, condiciones,

habitación o cubículo, trato que lleva a la “cosificación” de los mismos, quienes incluso “pierden sus rasgos personales e individuales, hasta prescindir de sus sentimientos y valores e identificándolos por sus rasgos externos”, como “la cama número tal”, “la pancreatitis”, “el cáncer de pulmón” o “la historia clínica equis”, y la falta de calor en la relación humana, con un trato inadecuado, distanciamiento afectivo por parte del personal profesional tiene el peligro de llegar a ser de fría indiferencia o indolencia con los más vulnerables (p. 45).

Zelis O. en “La función del nombre en psicoanálisis: articulación entre las concepciones de J. Lacan y C. S. Pierce” (2012), analiza los desarrollos teóricos de dos especialistas de la clínica psicoanalítica, en el abordaje de estudios que se han realizado sobre el nombre propio. El objetivo de este trabajo es lograr entender cómo juega el nombre propio en las identificaciones, qué estatuto especial tiene como signo y de qué manera opera para designar a sujeto singular. Para situar mejor al sujeto que aborda el psicoanálisis y poder articular semióticamente qué operaciones pueden efectuarse en la clínica con relación a distintos posicionamientos subjetivos.

Cuando se nombra a alguien con un apodo, este apodo dice algo acerca de esa persona, muy habitualmente señala algún aspecto físico, o algún dato histórico del sujeto. O sea, ese apodo nos dice al de cómo fue visto e interpretado por el que lo “bautizó” con ese apodo. (...) El sujeto constantemente busca sostenerse en sus identificaciones. Muchos “nombres” y “apodos” funcionan como nombres propios para evitar la angustia de la falta, y en los casos más difíciles para armar un “sostén” imaginario ahí donde algo falló en la estructuración a partir de las identificaciones (p. 780).

Post S. (2011), realiza una revisión de los resultados de estudios acerca de la atención compasiva, de la cual determina que estos estudios demuestran que la

atención compasiva beneficia a las personas en lo que respecta a la adherencia al tratamiento elegido, la curación de heridas, la satisfacción y el bienestar; beneficia a los médicos en lo que respecta a la disminución de las tasas de depresión, el aumento del interés por el otro, la disminución del agotamiento y una atención técnica más diligente; beneficia a los sistemas sanitarios que establecen ganancias de reputación sin un mayor uso de tiempo o recursos; beneficia a los estudiantes de Medicina en lo que respecta a la disminución de sus quejas de entornos clínicos abusivos e interacciones de equipo inadaptadas. No cabe duda de que la atención compasiva tiene muchas dimensiones de impacto beneficioso.

La actual despersonalización y deshumanización de la asistencia sanitaria hace que los pacientes se sientan a menudo como "el riñón de la habitación 5" o "el hígado de la habitación 10", en lugar de personas, individuos únicos con una historia única de enfermedad (p. 808).

Esquena S. (2017), en su libro "En la piel del paciente", realiza una autocrítica a la Medicina, pero en ella menciona muchos aspectos relacionados con el trato hacia la persona que tiene el resto del equipo profesional de salud. Establece y describe una clasificación de los tipos de médico que existen en la atención de la salud, según la forma en que se desempeñan durante su labor. Entre las críticas y experiencias que relata se encuentran algunas como:

Tanto en algunos médicos como, de manera más habitual, en el personal de Enfermería o auxiliar que esté poco humanizado. Consiste en dirigirse al enfermo con presuntos apelativos afectuosos. Que se dirijan a ti con un "cariño", "rey" o "guapa" mecánicamente incorporados, pero acompañados de una actitud fría, burocratizada y sin mirarte a los ojos en ningún momento, lo convierte todo en una desafortunada simulación de humanidad. También es una forma útil de dirigirse al paciente cuando no saben el nombre, ni les interesa saberlo. Es magnífico ser afectuoso con los pacientes, sobre todo por parte de profesionales que pasan tantas horas a su lado, pero si el afecto es impuesto, se logra el efecto contrario.

La otra posibilidad es que el médico no disponga de habilidades sociales innatas, no empatice con los pacientes ni los trate con sensibilidad, simplemente, porque no es consciente. Este perfil de médico hace su trabajo lo mejor que sabe, pero nunca ha detectado, ni nadie le ha comentado, que el trato con sus pacientes es francamente mejorable. Suele ser una consecuencia de una falta total de empatía, que seguramente también sufre de su vida laboral, porque quizá tampoco nadie le ha hecho prestar atención a este hecho. No es un caso raro. A menudo, cuando los hospitales universitarios forman a médicos residentes durante los años de especialización, se intenta que adquieran la máxima cantidad de conocimientos médicos y habilidades quirúrgicas. Les corregimos e insistimos en que estudien cuando flojea algún aspecto. No obstante, pocas veces observamos minuciosamente cómo tratan o dan explicaciones a los pacientes y familiares, y solo les llamamos la atención cuando el trato es extremadamente inadecuado. Si el médico acepta que puede mejorar esta habilidad, con voluntad es posible conseguir unos resultados magníficos.

“Un buen amigo, médico jubilado, fue intervenido hace pocos meses por un cáncer de colon. Siempre había tenido una salud de hierro. Después de una larga carrera dedicada en cuerpo y alma a la Medicina, era la primera vez en su vida que se enfrentaba a una enfermedad grave. Nunca había entrado como paciente en un Quirófano y, ciertamente, estaba asustado, tanto por la gravedad del tumor, bastante avanzado, como por tener que someterse a una cirugía muy compleja. Me relataba la sensación de indefensión que había sentido desde el primer momento, mientras el celador lo trasladaba de la habitación en la que estaba ingresado hasta el Quirófano, circulando por pasillos y ascensores, y únicamente cubierto por una sábana finísima. Después de aparcarlo con otros pacientes en la sala preoperatoria, empezó a oír cómo dos enfermeras, que ni se habían inmutado ante su llegada, berreaban

acaloradamente contra la supervisora. Al cabo de un rato, una de ellas se acercó y le dijo:

- Escucha, guapo, ahora te voy a pinchar en una vena para ponerte el suero - en un tono mecánico y funcionarial, hablándole de tú como si lo conocieran de toda la vida.

Aunque aquella enfermera no sabía que él era doctor, aquel trato, con setenta años, no le pareció el más adecuado. No solo para él, sino para cualquier paciente de su edad.”

Otro trato que se utiliza en el ámbito sanitario y genera en la persona una postura pasiva, es el uso de la palabra “paciente”. Etimológicamente está conformada por la palabra *pati* ‘sufrir’, ‘soportar’ más *-e-ntem* ‘que hace’. La Real Academia Española lo define, en el diccionario de términos médicos, como persona que recibe o va a recibir atención médica, ya sea por padecer una enfermedad o con fines preventivos.

En el texto de Sala Adam M. R. y otros (2000), se describe que:

(...) Uno de los porqués del origen del término paciente, podría ser la extrapolación inconsciente a la Medicina de la concepción pedagógica tradicionalista, en la cual el alumno actúa solamente como el objeto de las bondades y la sabiduría del técnico y profesional de la salud, sin tener en cuenta que ese “paciente” también tiene las suyas.

Como consecuencia de esta concepción implícita, los receptores pacientes, son sólo eso, y entonces no es necesario el diálogo, porque no hay nada que aprender de ellos (p.124).

También, se plantea que utilizar el enfoque pasivo del “paciente” alienta a:

Caer en la trampa de la resignación “mejor así, ¡podría ser peor!” Apatía, desinterés, despersonalización, sentimientos de conformidad y de pérdida de la autorresponsabilidad: “estoy enfermo y nada puedo hacer. Mi mejoría no depende de mí (soy “paciente”), sino del equipo de salud”; caer en la trampa del inmovilismo: acomodamiento, resistencia al cambio,

disminución de los niveles de conflicto; caer en la trampa del poder: en la medida en que el paciente es más paciente, el profesional de la salud se siente más protagonista y puede caer en la trampa del poder. Quiere decir: no escuchar adecuadamente, perder interés por los problemas del paciente, ser autoritario (p.125).

Muchas veces con una comunicación inadecuada, en la que el mensaje sigue un modelo unidireccional y posee un estilo autoritario, tratamos de reducir las personas a “pacientes”, en vez de estimularlos a ser lo que, en esencia, desea: activos colaboradores responsables de su salud (p. 125).

Los autores Lemus Alcántara S., Hamui Sutton A., Ixtla Pérez M., Maya A. P., reflexionan sobre las relaciones que se construyen en los establecimientos públicos prestadores de servicios de salud, el sentido y significado que se les da a partir de las nociones: paciente, usuario, cliente desde la Antropología en Salud. Entre estas reflexiones, expresan:

La atención a la salud en las sociedades capitalistas encuentra en la noción paciente, dos rasgos esenciales, pasividad e individualidad. Útiles para operar la homogeneización y encuentra en el objetivismo del sistema de salud, el complemento para cosificar al sujeto. En esa dinámica las categorías: identidad, historia de vida, corporeidad, son irrelevantes, (p. 100).

El personal de salud se relaciona con sujetos que viven procesos de salud/enfermedad/ atención quienes, al acudir a los establecimientos públicos prestadores de servicios de salud, ejercen un derecho fundamental con respaldo jurídico. Llegan al sistema de salud no en estado de indefensión, como señala el término paciente, sino impulsadas por la necesidad que rebasó sus prácticas sociales de autocuidado-autoatención. La expectativa de recuperar su bienestar las motiva a ejercer su derecho, conscientes de ello o no. La persona puede desconocer las finezas del asunto, el personal de salud no (p. 102).

Como conclusión se determina que desestimar el problema, altera el sentido de la realidad. Los reduccionismos se convierten en un recurso para justificar prácticas normatizadoras en la atención que no responden a necesidades y expectativas del sujeto, sólo satisfacen las macropolíticas, (p. 102).

La falta de espacios para reflexionar y problematizar la atención y la relación que se construye es aporética por la distancia entre la atención humana desde el discurso y su concreción. El enfoque de la Antropología en Salud coadyuva a repensar: salud, enfermedad, atención y al sujeto como sistema relacional que opera en contextos específicos situacionales y cambiantes. Base para una transformación asequible con beneficios directos al funcionamiento de los establecimientos públicos prestadores de servicios de salud y la satisfacción de las necesidades y expectativas del sujeto/persona, (p.103).

Es necesario generar conciencia para que esta problemática se generalice y comience a tomar importancia en la atención sanitaria.

Teorías de Enfermería

Enfermería psicodinámica, de Hildegard Peplau

Peplau empleó conocimientos tomados de la ciencia conductual y de lo que podría denominarse modelo psicológico. Este modelo permite a la Enfermería iniciar un alejamiento de la orientación a la enfermedad hacia otra orientación que permita estudiar e incorporar el significado psicológico de los acontecimientos, sentimientos y conductas a las intervenciones de Enfermería. Esto da a los profesionales la oportunidad de enseñar a las personas cómo deben experimentar sus sentimientos y explorar con ellos la forma de asimilar estos sentimientos. El sistema conceptual de relaciones interpersonales está encaminado al desarrollo de la capacidad de los profesionales para emplear estos conceptos.

Principales conceptos y definiciones

Enfermería psicodinámica: Peplau define la Enfermería psicodinámica debido a que su modelo se refiere sobre todo a este tipo de Enfermería. La Enfermería psicodinámica es ser capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son sus dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia. Peplau desarrolla su modelo describiendo los conceptos estructurales del proceso interpersonal, que constituyen las bases de la relación enfermero/persona. Considera esto como base de la Enfermería psicodinámica.

Relación enfermero/persona: Peplau describe cuatro fases en esta relación. Aunque están separadas, estas fases se superponen cuando se van produciendo a lo largo de la relación.

Orientación: Durante esta fase el individuo tiene una “necesidad insatisfecha” y precisa apoyo profesional. El profesional ayuda a la persona a reconocer y entender su problema y a determinar qué tipo de ayuda necesita.

Identificación: la persona se identifica con aquellos que pueden ayudarlo (relación). El profesional permite una exploración de los sentimientos que ayuda al paciente enfermo a reorientar dichos sentimientos y a desarrollar fuerzas positivas de su personalidad para satisfacer sus necesidades.

Exploración: Durante esta fase la persona intenta obtener todo lo que se le ofrece a través de la relación. Pueden proyectarse nuevos objetivos, alcanzables a través del esfuerzo personal y transferencias de poder del profesional cuando éste precisa una gratificación para alcanzar los nuevos objetivos.

Resolución: De una forma progresiva, los antiguos objetivos van siendo desplazados por otros nuevos. Durante el proceso, la persona se libera de su identificación con el profesional.

Afirmaciones teóricas

Peplau se refiere a la relación persona-enfermero/a, a la persona y su conciencia de los sentimientos y al enfermero/a y su conciencia de los sentimientos. Presenta a la Enfermería como una fuerza educativa de maduración que emplea el método de aprendizaje basado en la experiencia, tanto para la persona como para el enfermero/a.

Peplau afirma que, aunque el interés se centra en las situaciones clínicas, cualquier enfermero/a puede aplicar los principios que se dan en cualquier otra relación interpersonal y en cualquier otra área de la vida. El único inconveniente que existe para la generalidad de la teoría es que debe darse una relación interpersonal. La teoría sólo puede adaptarse a situaciones de Enfermería en las que pueda haber comunicación entre la persona y el enfermero/a. Su empleo queda limitado en el trabajo con personas comatosas, seniles o neonatos. En dichas situaciones, la relación enfermero/a- persona es a menudo unilateral. Dado que la teoría de Peplau no puede aplicarse a todas las personas, no puede dársele el calificativo de general.

Modelo de relación de persona a persona, de Joyce Travelbee

Las experiencias de Travelbee durante su formación en Enfermería y durante sus primeras prácticas en instituciones católicas de caridad influyeron considerablemente en el desarrollo de su teoría. Travelbee pensaba que los cuidados proporcionados a los usuarios en estas instituciones carecían de compasión. Pensaba que la Enfermería necesitaba una revolución humanística que volviera a centrarse en su función “cuidadora”, en la atención y a la persona, y predijo, además, que si dicha revolución no se producía, las personas demandarían “los servicios de una clase nueva y diferente de profesionales sanitarios”.

Principales conceptos y definiciones

Ser humano: El ser humano se define como un individuo único e irremplazable, como un ser irrepitible en el mundo, parecido pero diferente a cualquier otra persona que haya existido o vaya a existir jamás.

Paciente: El término de paciente es un estereotipo útil para la economía en la comunicación. Realmente no existen pacientes. Sólo hay seres humanos individuales que necesitan cuidados, servicios y asistencia por parte de otros seres humanos, a los cuales se supone capaces de prestar la asistencia que se precisa.

Enfermero/a: El enfermero también es un ser humano. El enfermero/a posee un bagaje de conocimientos especializados y la capacidad para aplicarlos con el propósito de ayudar a otros seres humanos a prevenir la enfermedad, recuperar la salud, encontrar un sentido a la enfermedad o mantener el máximo nivel posible de salud.

Enfermedad: La enfermedad es una categoría y una clasificación. Travelbee explora la experiencia humana de la enfermedad, la define sobre la base de criterios objetivos y subjetivos. Los criterios objetivos vienen determinados por los efectos que se manifiestan en el individuo. Los criterios subjetivos son los que se refieren al modo en que cada ser humano se percibe así mismo como enfermo.

Sufrimiento: El sufrimiento es una sensación de malestar que abarca desde una simple molestia transitoria de tipo mental, físico o espiritual, hasta la angustia extrema y las fases posteriores a la angustia, esto es, la fase maligna de desesperación y “autoabandono” y la fase terminal de indiferencia apática.

Dolor: El dolor en sí mismo no es observable, sólo pueden detectarse sus efectos. Es una experiencia individual, difícil de comunicar plenamente a otra persona. La experiencia del dolor constituye un fenómeno único para cada individuo.

Comunicación: Es el proceso por el cual el enfermero/a es capaz de establecer una relación persona a persona y realizar así el propósito de la Enfermería, esto es, ayudar a los individuos o a las familias a prevenir o a enfrentarse con la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento y, en caso necesario, ayudarles a encontrar un sentido a dichas experiencias.

Interacción: Se refiere a cualquier contacto entre dos individuos durante el cual estos ejercen una influencia recíproca y establecen entre sí una comunicación verbal o no verbal.

Interacción enfermero/a - persona: Se refiere a cualquier contacto entre enfermero/a y una persona enferma, y se caracteriza por el hecho de que ambos individuos perciben al otro con una perspectiva estereotipada.

Acercamiento: Es un proceso, un acontecimiento, una experiencia o una serie de experiencias, que son vividas simultáneamente por el enfermero/a y el receptor de cuidados. Está constituido por un conjunto de pensamientos y sentimientos interrelacionados, así como por la transmisión y comunicación de dichos pensamientos, sentimientos y actitudes de un ser humano a otro.

Relación de persona a persona: Es una experiencia o una serie de experiencias que se dan entre el enfermero/a y el receptor de cuidados. La principal característica de estas experiencias es que sirven para satisfacer las necesidades de Enfermería que presentan los individuos (o las familias). En las situaciones de Enfermería, la relación de persona a persona constituye un medio a través del cual se consiguen los propósitos de Enfermería. Se establece cuando el enfermero/a y el receptor de cuidados consiguen un acercamiento después de haber pasado por

las distintas fases del encuentro original, la presentación de la identidad, la empatía y la simpatía.

Leyes que intervienen en el trato digno y humanizado de las personas

Ley 26529/2009 de la Nación Argentina - Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud y Ley 4692/2009 de Río Negro – Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud.

Artículo 2°

b) Trato digno y respetuoso. El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes;

c) Intimidad. Toda actividad médico - asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley N° 25.326.

Ley 2611/2008 de Neuquén - Derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de Salud públicos y privados de la Provincia.

Artículo 4°

i) El paciente tiene derecho a recibir de parte del servidor de Salud una hospitalidad acorde a su dignidad de persona, sin discriminación alguna. Trato que ha de expresarse en el respeto a su palabra, a su cuerpo, a la confidencialidad de su estado, a los requerimientos de su medicación, higiene, alimento y cuidados, y en un ejercicio de la Medicina y de los servicios a ella conexos científicamente probos que no dejen de lado ni la unicidad de su dolencia, ni el juicio prudencial

dictado por lo mejor del saber y de la experiencia profesional y humana del servidor de Salud.

j) Todos los pacientes tienen derecho a que, en la instrumentación de su asistencia, se respeten su identidad cultural, sus creencias y costumbres. Las actitudes de desconsideración o menosprecio y todo género de violencia o coacción sobre los pacientes serán consideradas faltas gravísimas y habilitarán los procedimientos que las normas establezcan para disponer la responsabilidad de sus autores y las medidas disciplinarias que correspondan.

METODOLOGÍA

Contexto

El tema de investigación elegido ha sido escasamente explorado, por lo cual, no se encontraron investigaciones previas a las cuales hacer referencia.

Actualmente y desde hace 20 años aproximadamente, las personas están atravesando un cambio con respecto a la identidad y la forma de percibirse a sí mismas, en términos de identidad de género, principalmente en las nuevas generaciones. De hecho, en el año 2012 se promulgó la Ley de Identidad de género (Ley 26.743), la cual permite la rectificación del nombre en el registro civil, según percepción de género y no por sexo biológico. Entre otras cosas, garantiza el acceso gratuito a cirugías relacionadas con cambio de género e incluye la incorporación del sexo no binario como alternativa para ser registrado en el documento de identidad.

Esto tiene una relación indirecta con el tema de esta investigación, ya que nombrar al usuario por el nombre de preferencia no solo se trata de un hábito que debe mantener el profesional, sino que también debe cumplir una Ley Nacional. Debido a esto, se ha tomado mayor interés por parte de los profesionales de diferentes rubros, en capacitarse en términos de identidad de género.

El usuario, al presentarse a un servicio de atención médica, espera ser recibido de la mejor manera, ya que está poniendo su confianza en el equipo de salud, por este motivo es importante conocer la forma en la que la persona prefiere ser llamada para así lograr un trato cordial y respetuoso. Ya que, de lo contrario, podría afectar la relación desde el inicio, teniendo en cuenta que esto podría afectar al usuario emocionalmente y condicionar su autoestima y recepción de cuidados. Sobre todo, mina la confianza en el profesional, lo que puede tener consecuencias en la credibilidad de su trabajo y en la información que le brinda para la planificación de los cuidados.

En la relación Enfermería-usuario, se observa con frecuencia que el profesional utiliza apelativos para referirse a las personas atendidas, en reemplazo de su nombre.

El lugar de estudio será el Hospital Dr. Pedro Moguillansky, ubicado en la ciudad de Cipolletti, provincia de Río Negro. Forma parte del Sistema Público de Salud de la provincia.

Hospital complejidad 6, cabecera de zona sanitaria en el organigrama de salud pública (Alto Valle oeste, desde la localidad de Fernández Oro a Catriel), cuenta con una red de 14 CAPS (Centros de Atención Primaria de Salud) distribuidos en todos los barrios de la localidad, en el paraje Balsa Las Perlas el CAPS se encuentra abierto las 24 horas con un enfermero y un médico, debido a la distancia que hay hasta el hospital. Con un centro vacunatorio ubicado dentro del hospital que se encarga de la distribución de las vacunas y en campañas también de la colocación de estas.

Los servicios están divididos en dos edificios, el nuevo y el viejo. El edificio viejo se destinó principalmente a actividades administrativas. Sin embargo, hay una Unidad de Pronta Atención, Servicio de Cuidados Paliativos, consultorios de Oncología, Kinesiología, Cardiología, Neurología pediátrica y Salud Mental.

El Comité de Infectología del hospital se encarga del control infectológico de los dos edificios, el Hospital cuenta también con un Comité de Docencia.

Los servicios del edificio nuevo son: Unidad de Terapia Intensiva de adulto, Cirugía, Cuidados Paliativos, Internación de Pediatría, Guardia Pediátrica, Neonatología que está dividido en tres áreas, una de Cuidados Intensivos, otra de Cuidados Intermedios, y otra de Cuidados Mínimos en la que, principalmente, se realiza luminoterapia. En inmediaciones del Quirófano se encuentra el sector de recepción del recién nacido.

Emergencias que está conformado por un médico clínico, otro pediátrico y cuatro enfermeros, uno de ellos realiza triaje únicamente.

El servicio de Clínica Médica cuenta con 36 camas, hay seis enfermeros por turno.

El Quirófano cuenta con tres salas quirúrgicas, hay 11 enfermeros. Tanto en el turno de mañana como el de tarde hay 4 enfermeros y en el turno nocturno hay 3 enfermeros.

El Hospital también cuenta con 16 camas destinadas al servicio de Ginecología, además una sala de parto con una habitación y dos camas. Para este servicio la disponibilidad de enfermeros es de 14, quienes además se encuentran a disposición para la guardia activa.

En todos los servicios la jornada es de 44 horas semanales. Los turnos son de 8 horas y rotativos entre los horarios de 6h a 14h, de 14h a 22h y de 22h a 6h. Con guardias activas rotativas. Cada servicio cuenta con un referente del sector. El departamento de Enfermería tiene un jefe del departamento y supervisores a quienes responden los referentes de los servicios. Realizan tareas administrativas y forman parte del equipo del Comité de Docencia.

Además de estos sectores, el hospital ofrece a la comunidad servicios de Esterilización, Radiología, Ecografía, Tomografía Axial Computada, Laboratorio, Hemoterapia y Anatomía Patológica.

A su vez es Hospital Universitario, cuenta con formación de médicos residentes en las especialidades de Cirugía General, Clínica Médica, Pediatría, Ortopedia y Traumatología, Emergentología, Anestesiología y Enfermería en Cuidados Críticos Neonatales. Recibe a estudiantes de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Comahue, en su formación de pregrado con docentes que forman parte del staff asistencial del nosocomio.

El Ministerio de Salud y el CUCAI Río Negro llevan a cabo el proyecto de ablación multiorgánica, el cual se ha aplicado desde el año 2019. El servicio cuenta con dos enfermeros, un agente sanitario y dos médicos.

DISEÑO METODOLÓGICO

Esta investigación se realizó en los sectores de Guardia, Clínica Médica, Ginecología y Quirófano, donde se desempeña el personal de Enfermería que tiene mayor contacto comunicativo con las personas. El personal de Enfermería de cada sector está conformado de la siguiente forma:

| Hospital Área Programa Doctor Pedro Moguillansky | | | |
|---|---------------------------------|------------------|-------------------------------|
| Sector | Licenciado en Enfermería | Enfermero | Auxiliar de Enfermería |
| Clínica médica | 2 | 17 | 4 |
| Guardia | 5 | 8 | 2 |
| Ginecología | 9 | 4 | 1 |
| Quirófano | 3 | 4 | 4 |
| Total | 19 | 33 | 11 |
| Total muestral | 63 | | |

| Usuarios de los servicios del Hospital Área Programa Doctor Pedro Moguillansky | | | |
|---|----------------|------------------|--------------|
| Clínica médica | Guardia | Quirófano | Total |
| 10 | 10 | 10 | 30 |

La metodología utilizada en esta investigación es cualitativa, ya que permite estudiar las palabras y conductas de las personas investigadas como datos primarios. Se basa en el estudio fenomenológico de la vida social. De tipo descriptiva, en el cual se utilizó la estrategia de interpretación de datos recolectados por entrevistas. Estos, se analizaron con la técnica de análisis descriptivo, lo que permitió comprender e interpretar las experiencias a partir de los contenidos obtenidos.

Población:

- Auxiliares en Enfermería, Enfermeros y Licenciados en Enfermería, que se desempeñan en los sectores de Guardia, Clínica Médica y Quirófano del Hospital Dr. Pedro Moguillansky de Cipolletti, Río Negro.
- Personas que asisten a los servicios mencionados y se relacionan con los profesionales de Enfermería.

Criterios de inclusión:

- Auxiliares en Enfermería, enfermeros profesionales y Licenciados en Enfermería que trabajan de forma permanente en el Hospital y tienen una antigüedad mínima de 6 meses. Esto garantiza que el personal seleccionado haya adoptado la mayoría de los hábitos y rutinas que se desarrollan en el servicio.
- Las personas que utilizan el servicio y son atendidos por personal de Enfermería que pertenecen a Guardia, Clínica Médica, Ginecología y Quirófano; y que mantuvieron una conversación con el personal de Enfermería de 10 minutos como mínimo.

Criterios de exclusión:

- Personal del Hospital que no son auxiliares, enfermeros o Licenciados en Enfermería. Personal de Enfermería que no desarrolla actividades asistenciales y no desee participar de la investigación.
- Personas que no hayan recibido atención de Enfermería y que no cumplieron el mínimo de tiempo de contacto, aquellos que no desearon participar de la investigación.

Selección muestral:

La muestra está conformada por auxiliares, enfermeros y Licenciados en Enfermería que poseen un puesto permanente en el Hospital y/o desempeñan su actividad con una antigüedad mínima de 6 meses.

La muestra de usuarios está conformada por personas que mantuvieron una conversación superior a 10 minutos con el personal de Enfermería.

Instrumento de recolección de datos: se utilizaron entrevistas con preguntas abiertas para Enfermería y para las personas internadas, inicialmente se comenzó con una pregunta disparadora y luego preguntas que surgieron. Focalizadas en la calidad de la comunicación, en ambos casos. Para un mejor análisis, se grabaron las entrevistas, bajo el consentimiento de la persona entrevistada.

Tipo de análisis: se decidió la utilización del análisis de tipo descriptivo debido a que el objetivo de esta investigación es comprender las experiencias de los profesionales de Enfermería, su aprendizaje y métodos de comunicación utilizados durante el cuidado en el Hospital, además de las experiencias que atraviesan los usuarios cuando son nombrados de esta forma. Mediante este tipo de análisis se realizan interpretaciones y conceptualizaciones de lo que los agentes del servicio y los usuarios expresan acerca de su experiencia. Posteriormente a la recolección de datos, se realizó una técnica de codificación de estos mediante la cual se fragmentaron los datos para agruparlos en relación con su significado para con los objetivos de este proyecto.

Población y muestra

El total de los participantes fue de 35 enfermeros con edades comprendidas entre 28 y 60 años, 27 de sexo femenino y 8 de sexo masculino. Entre ellos 21 Licenciados en Enfermería, 12 Enfermeros profesionales y dos Auxiliares en Enfermería, con años de ejercicio profesional comprendidos entre un año y medio a 33 años. De esta muestra, 23 enfermeros ejercieron en instituciones privadas y públicas y 12 se desempeñaron en el sector público solamente. El tiempo promedio de las entrevistas fue de 37 minutos, con un mínimo de 15 minutos y un máximo de 60 minutos.

Se entrevistaron a 30 usuarios que se encontraban internados en los sectores mencionados anteriormente.

Operacionalización de las variables

| CATEGORÍAS | DIMENSIÓN | INDICADOR |
|-------------------------------|------------------------------|--|
| ENFERMERÍA | | |
| Comunicación | “Paciente” | Utiliza / no utiliza la palabra “paciente”. |
| | Apelativos | Utiliza apelativos. |
| | No utiliza apelativos | No utiliza apelativos. |
| | Interés | Demuestra interés en la preferencia del trato de la persona. |
| | Tiempo | Relaciona la falta de tiempo con el tipo de comunicación. |
| Relación Enfermería - usuario | Presentación | Se dirige a la persona con su nombre y se presenta con su nombre. |
| | Cambios en la relación | Observa que la persona reacciona ante un apelativo y cambia su comportamiento, actitud o forma de comunicarse. |
| | Experiencia | Relata las experiencias vividas con respecto al uso de apelativos. |
| USUARIOS | | |
| Relación Enfermería - usuario | Apelativos percibidos | Ha sido nombrado con apelativos. |
| | Sobrenombres o calificativos | Percibe que se refieren a ellos con sobrenombres o calificativos. |
| | Presentación de Enfermería | El usuario percibió que Enfermería se presenta o no se presenta. |

PROCESAMIENTO DE DATOS

La recolección de datos se realizó de forma flexible, iniciando con una pregunta disparadora y guiando la entrevista con preguntas según el relato que daba el entrevistado, se realizó con esta modalidad tanto para enfermeros, como para usuarios. Las entrevistas fueron grabadas, de esta manera se evitó la pérdida de datos.

Para el procesamiento se siguió un orden, comenzando con la transcripción de las entrevistas grabadas a un documento de almacenamiento digitalizado, donde se categorizaron, agruparon y clasificaron según la operacionalización presentada en el plan de tesis. De esta manera se pudo manejar con mayor facilidad y rapidez. Se continuó con la generación de un sistema de codificación dentro de cada dimensión. Luego se determinaron patrones e ideas comunes, a fin de distinguir coincidencias y diferencias entre los datos obtenidos.

Finalmente se realizó el análisis preliminar de cada categoría y dimensión, determinando un resultado para cada dimensión según los datos agrupados por codificación.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS CATEGORÍAS

A partir del análisis e interpretación de los datos de esta investigación surgieron nuevas dimensiones y se eliminó la de Técnicas de comunicación, debido a que en las entrevistas no se obtuvieron datos relacionados. Se inició con la categoría Comunicación, en la que se definieron las dimensiones de “Paciente”, Apelativos, No utiliza apelativos, Interés y Tiempo.

De la categoría Relación Enfermería-usuario se desprendieron las dimensiones de Presentación, Cambios en la relación y Experiencia. También se integraron las relacionadas con los datos obtenidos en las entrevistas realizadas a usuarios, las cuales son Apelativos percibidos, Sobrenombres o calificativos y Presentación de Enfermería.

De la categoría Comunicación, en la dimensión “Paciente” se observó que los enfermeros en su mayoría están de acuerdo con el uso del término, justificándolo como una forma práctica, una costumbre, ser el término más adecuado, el más usado, ser difícil de dejar de usar o que no les altera en el cuidado. Entre las interpretaciones que los enfermeros le dan al concepto se destacan las que describen al usuario como alguien que es paciente, de paciencia, que espera la atención médica y que no es activo en su cuidado.

También surgen críticas respecto a su reemplazo por palabras como usuario o cliente, ya que no están de acuerdo en usarlas en una institución pública, relacionando dichos términos con el consumo de un servicio remunerado. Se destacan expresiones como “no concuerdo con el uso de “usuario”, me da la impresión de que es un cliente, un comprador, y yo no estoy de acuerdo con la comercialización de la salud” (16M), “para mí está mal porque en el público no compras nada, no estoy de acuerdo” (19F) y “nos dijeron que se podía usar cliente o usuario en el privado” (22F).

En su publicación “Pacientes, clientes, médicos y proveedores, ¿es solo cuestión de terminología?” Ayuzo del Valle C. explica que el acto de recibir cuidados médicos no puede semejar una transacción comercial, empezando por que

muchas decisiones médicas se hacen bajo condiciones en las que el “paciente” está incapacitado, bajo estrés y no se compara con un cliente que va de compras. Se confía en el médico como experto en la materia para tomar decisiones en lugar del enfermo, como persona de confianza y no solo como un proveedor de salud. Finalmente concluye que hay alternativas, como usar el nombre y apellido de la persona, para evitar esta controversia de lenguaje.

En la dimensión Apelativos se observó que la mayoría de los enfermeros usan apelativos según el usuario con el que estén tratando. Entre las justificaciones del uso se pueden nombrar que depende de la edad y el usuario, es una forma de generar confianza, ser cariñoso o calmar a la persona, principalmente a niños, embarazadas o ancianos, generar mayor afinidad con el usuario, ser algo que se hace de forma inconsciente cuando se trata de una atención rápida, es algo de lo que no es importante preocuparse, brindar atención a muchas personas en cortos periodos de tiempo en una jornada, lo que hace dificultoso recordar el nombre del usuario, y por último no tener la confianza para llamarlo por su nombre.

Entre las respuestas que dio Enfermería se encuentran: “Utilizo “peque” “corazón” “mamita” “gordi” “flaquita”. Es una forma de llegar a la persona. Te da confianza.” (9F); “Me cuesta mucho retener los nombres. Uso “mamá”, “padre”, trato de usar el señor o señora. A veces le pregunto el nombre, pero me olvido.” (12M); “Cuando son personas mayores “mamá, madre o abuela/o”, pero no más que eso. Depende de la edad y el paciente.” (14F); “Generalmente le pregunto el nombre, pero si no puede hablar o en urgencias le digo “corazón” o “mamita”, cuando la atendés rápido, como que en lo que menos te preocupas es en pedirle los datos... Es un poco de confianza, es chistoso según el contexto.” (18F); “Uso, es positivo. Tenés mayor afinidad cuando los llamas así.” (25F); y “En un servicio dinámico, con mucho giro cama, es difícil recordarlo.” (34F).

Eymann A., Otorlani M. y otros (2011) en “Modalidades de saludo preferidas por las personas en la consulta pediátrica ambulatoria”. Describen en los resultados que el 68% de los acompañantes prefirió que el médico se dirigiera a ellos por el nombre de pila, además prefirieron, en un 78%, que los pediatras se dirigieran a

sus hijos por el nombre de pila. Por otra parte, los “pacientes” entre 5 y 19 años prefirieron ser llamados por su nombre de pila en un 60%, por su apelativo genérico en un 11%, a un 11% les resultó indiferente, por su apodo a un 10% y, el 8% restante, por su nombre de pila en diminutivo. Además, el 90% prefiere ser tratado de manera informal (tuteo).

Al compararlo con el resultado obtenido en esta dimensión, se observa que una parte de los enfermeros no tiene en cuenta este tipo de investigaciones a la hora de relacionarse con el usuario. Ya que se describen que la mayoría de los usuarios prefieren ser llamados por su nombre de pila, ya sea tratándose de los padres o hijos.

En el análisis realizado de las entrevistas a usuarios en la dimensión Apelativos percibidos, la mayoría de los usuarios reconoce que los enfermeros utilizan apelativos y lo perciben como una experiencia positiva, lo relacionan con un trato amable, cariñoso y afectivo. En general no molesta y algunos opinan que ayuda en el proceso cuando se encuentran sensibles. Algunos usuarios expresaron que los enfermeros se ven apurados y relacionan esto con el uso de apelativos.

Entre las frases relacionadas con esta dimensión se encuentran: “Es de buena onda el uso.”; “Cuando lo usan te tratan bien.”; “Son cariñosos, me gusta porque sirve cuando estás sensible.”; “Si los usan, me molesta más que no estén atentos cuando los llamas.”; “Afecta, pero depende de cada persona.”; y “Usan, muy respetuosos en el sentido ese.”; y “Si me hablan así, son palabras lindas, de amabilidad.”

En la dimensión No utiliza apelativos se concluyó que aquellos enfermeros que no utilizan apelativos lo hacen porque su uso lo relacionan con algo negativo, que puede generar confusión y parecer irrespetuoso y poco profesional. También refieren que utilizar el nombre les ha dado mejores resultados, genera una buena relación, agrado y confort. Este resultado fue obtenido en la minoría de los enfermeros entrevistados, pero cada uno dio una justificación al respecto, ya sea por formación académica o por experiencia propia.

Entre las respuestas dadas se destacan: “En el paciente puede generar confusión, no debería pasar. Dentro de tu trabajo no sos "amigo del paciente". (4F); “Parece como que te distancian del lugar de profesional, ni siquiera con la mamá ni con los niños.” (10F); y “Lo que me pasa es que me equivoco el nombre, la paciente me corrige y lo corrijo. Noto más agrado cuando les digo el nombre. Usarlo no me parece adecuado, no me agrada.” (33F)

Dentro de la dimensión Interés se determina que la mayoría de los enfermeros expresa que intenta, en ocasiones, usar el nombre del usuario y no el apellido, describen su relación basándose en el respeto, mantener una comunicación fluida, empatía, dar seguridad, tranquilidad y promover la independencia. Algunos manifestaron brindar un trato basado en cómo les gustaría ser tratados a ellos.

Algunas de las expresiones fueron: “Utilizo nombre, si lo llamas por su nombre él siente una pertenencia, explico el procedimiento y me dispongo para las dudas que tenga la persona. Le doy la mano al paciente y lo animo, le doy seguridad.” (1F); “Les pregunto y me aseguro de que sea el paciente que aparece en la historia. Y lo trato por el apellido o si el paciente prefiere por el nombre.” (5F); “Me gusta tratar de llegar al paciente, por ej. a aquellos que no quieren ser atendidos. Mi conducta siempre fue pensando en lo que no me gustaría que me hagan ni que me hablen.” (20F); y “Valoro mucho la empatía, la terminología. El tono de voz, las palabras y los gestos son muy importantes. Trato de que estemos de igual a igual en altura. Estar cerca de la altura del paciente, cuido la postura.” (33F)

Entre las justificaciones que dan los enfermeros para utilizar los apelativos se encuentra la de la falta de tiempo en la atención. En el análisis de la dimensión Tiempo se observó que esta conducta, generalmente, se da cuando la atención es momentánea, el enfermero ve a muchas personas durante la jornada laboral, los datos como el nombre no tienen relevancia en la atención inmediata y el tiempo es escaso para generar un vínculo y así llamarlo por su nombre.

Entre las respuestas que dan los enfermeros están: “...cuando la atendés rápido, como que en lo que menos te preocupas es en pedirle los datos... Es un poco de

la confianza, es chistoso según el contexto.” (18F); “...al tener tanto giro cama te olvidas el nombre, también le pido que me recuerde el nombre. A algunas les gusta a otras no.” (19F); “A veces en el apuro no le preguntas el nombre y empezás con tu rutina diaria y me ha pasado que se me escapa.” (27F); “En un servicio dinámico, con mucho giro cama, es difícil recordarlo.” (34F); “El tiempo es escaso para generar el vínculo y llamarlo por su nombre y que te quede presente el nombre de cada paciente.” (35F)

En el análisis de las entrevistas a usuarios también se observó que la falta de tiempo también es percibida por los usuarios. Las frases referidas a esto fueron: “A veces usan mi nombre, están apurados y no se acuerdan, pero siempre me tratan bien.”; “Andan apurados, no se acuerdan, pero siempre me atienden bien.”

Con respecto a la categoría de Relación Enfermería-usuario, en la primera dimensión analizada, Presentación, se obtuvo como resultado que en líneas generales los enfermeros no se presentan con nombre, pero si como enfermeros. En casos en los que las personas se lo pregunten, dan su nombre y/o apellido. En el servicio de Guardia es en el que menos se presentan con nombre, incluso tampoco se presentan como enfermeros. Se justifica esta conducta relacionándola con el temor a que se divulguen imágenes y/o audios con su nombre en redes sociales cuando el usuario no se siente satisfecho con el cuidado recibido; debido a que se han reportado casos de esta índole.

Algunas respuestas respecto a esto fueron: “Me presento como enfermero, pero no por el nombre en la Guardia, en los demás servicios sí. Principalmente por miedo a que el paciente te denuncie en redes sociales, ha pasado con compañeros. Observo primero al paciente y veo su actitud. Con la práctica fui aprendiendo.” (7M); “No me presento con el nombre en la Guardia, en Ginecología sí.” (13F); y “Me presento como enfermera, pero no con el nombre, si me preguntan lo doy. En el hospital público aprendí que no hay que dar tantos datos míos, nombre apellido, etc. Lo que pasa acá es que hay mucho “escrache” en redes y eso nos frena mucho. La gente te graba, saca fotos, porque piensan que de esa manera los podés atender más rápido.” (18F).

Al realizar la comparación con los resultados obtenidos en la dimensión Presentación de Enfermería, en el análisis de los datos obtenidos en entrevistas a usuarios, se llega al mismo resultado, ya que la mayoría respondió que el personal de Enfermería no se presenta o que solo algunos se presentan. En ocasiones, al notar que el enfermero no se presenta, preguntan por el nombre del profesional. Los usuarios expresaron que observan que los enfermeros se muestran apresurados realizando sus tareas y que puede ser una de las razones por las cuales no se presentan.

Esta conducta ubica y acompaña al enfermero en ponerse en el lugar de “lo no nombrado, ni identificado”, ya que no tiene concordancia con utilizar el nombre de la persona. Si se le facilita no presentarse con su nombre, también lo será para con el usuario. Incluso sabiendo que de esta manera se vulnera un derecho fundamental del usuario a conocer el nombre y apellido del profesional que brinda su cuidado.

Este resultado se acerca al obtenido en la investigación de Heluy de Castro C. y otros (2004), “Humanización de la Atención de Enfermería en el Quirófano”. En la cual se describe que todos los entrevistados reconocían que el personal que les prestaba asistencia era muy acogedor, pero no conocían sus nombres. Que el usuario conozca el nombre del personal genera una mayor confianza. Además, decir el nombre significa afirmar nuestra identidad, afirmarnos como personas, tenemos más confianza en nosotros mismos y podemos desarrollar de forma más efectiva nuestra labor profesional, requisito esencial para el profesional de Enfermería.

Otra investigación para tener en cuenta para esta categoría es la de Silva Fhon J. R. y otros (2015), “Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de Enfermería en un hospital público”. En la que como resultados se obtuvo que el 60% tuvo una percepción medianamente favorable con relación al cuidado realizado por Enfermería. El componente Interpersonal fue categorizado como medianamente favorable (46%). En el componente Interpersonal, Enfermería no se identifica por su nombre (38%) y no es amable (10%).

Comparando esta investigación con los resultados obtenidos, se puede relacionar al componente Interpersonal, en el que se obtuvo que el 38% de los enfermeros no se identifica con su nombre, siendo este un porcentaje alto y demuestra que una gran parte del personal de Enfermería no le da la importancia suficiente a la presentación con nombre como proveedor de cuidados.

Los datos obtenidos analizados en la dimensión Cambios en la relación demuestran que un considerable número de enfermeros manifestó haber experimentado al menos una situación de malestar con usuarios ancianos, quienes expresaron no querer ser llamados “abuelo”, “abuela”, “viejito” o “vieji”. Corrigen al enfermero y dan a conocer su molestia de inmediato.

En general, en el sector de Ginecología se utilizan apelativos como “gordita” o “mamita”, los enfermeros manifiestan que no tiene mala recepción por parte de las usuarias, pero que en casos en los que las usuarias sufren sobrepeso, obesidad y enfermedades o trastornos relacionados con infertilidad, estas palabras molestan y en ocasiones han sido detonantes de crisis o experiencias negativas ligadas al trato de Enfermería.

Algunas frases relacionadas con esto son: “Los pacientes no te dicen nada. Tuve una experiencia con una señora anciana que le dije "abuela" y me dijo que no era mi abuela.” (1F); “Algunos adultos mayores me han dicho que no son mis abuelos.” (3F); “No me gusta usarlos porque he notado en otros compañeros que cuentan que tal paciente no le gustó que le digan así, o se molestaron. Ellos lo interpretan como si le tuvieran lástima a veces. Cuando estuve internada las enfermeras mayores usaban "mamita" o "nena". No me molestaba en ese momento.” (14F); “Hay personas que vienen con sus problemas en la cabeza y te dicen que les molesta. A mí me pasó que una señora venía así y le dije "¿qué necesitás madre?" y me dijo "yo no soy madre", bueno "señora" le dije y me dijo "no soy señora", pero noté que ya venía enojada por otras cosas. Vi el nombre en la historia, pero "no tengo la confianza para decirle el nombre". (15M); “A los hombres mayores más que nada les molesta que les digas por ej. "viejito". Después de eso lo llamo por el nombre. Si veo que no les molesta, les sigo

diciendo así.” (25F); “Solo una vez una persona mayor a la que le dije "a ver abuela" y me respondió que no era abuela, que no tenía hijos.” (27F); y “Una vez le dije a una abuela, hola abuela, se enojó y me dijo que no era su abuela.” (32M)

En la dimensión Experiencia, se puede decir que los enfermeros expresan que la mayoría de los usuarios no manifiesta malestar al tratarlos con apelativos. En sus experiencias personales la mayoría de los enfermeros no lo notó o no le molestó que utilizaran apelativos con ellos, expresan también que se sintieron más acompañados y que les brindaron cariño al utilizar apelativos con ellos.

Con respecto a las personas que no se identifican con su sexo biológico, los usuarios pediátricos son los que hacen saber al enfermero cómo quieren ser llamados al iniciar la relación. En el caso de los adultos, los enfermeros, en ocasiones, preguntan el trato de preferencia, pero en otras los llaman por el nombre y apellido que aparece en la historia o DNI.

Las frases destacadas con respecto a esta dimensión son: “Mis compañeros lo han usado y observo que las personas no se sienten ofendidas, ni maltratadas. No se hacen problema.” (6M); “Usaba "doñito/a", pero me di cuenta de que estaba mal usarlo. No impacta en la relación, nunca les molestó.” (7M); “Siempre tuve buena aceptación. Nunca falta el viejito que te dice "viejo son los trapos", pero siempre en chiste nunca se han enojado. Creo que es una forma de acercamiento, de bajar el estrés. A veces los pacientes lo utilizan con nosotros. Como un ida y vuelta.” (11F); “Depende del paciente, a veces lo toman bien. La forma en que lo tratas y te dirijís, se expresan o lo toman mal. Lo usan más en Clínica Médica. En el Quirófano no tenés tanto contacto con los pacientes.” (17F); “Con el tema de la identidad de género me he pegado algunos "chascos", así que en ese momento pido disculpas y lo llamo por el nombre que me dice. Ellos están acostumbrados, no les molesta.” (28M); “Nunca me pasó nada con ningún paciente. Ellos están esperando el mejor trato posible para con ellos. Las personas trans se han molestado al punto de no saber cómo tratarlos, como hombre o mujer. (29M), y

“Nunca noté malestar o cambios de caras en los pacientes cuando los llamo así.”
(34F)

Para la dimensión Sobrenombres o calificativos de los datos de los usuarios, se obtuvo como resultado que, en general, los usuarios no perciben que los enfermeros utilicen sobrenombres o calificativos. Si notan que utilizan el apellido en lugar del nombre.

Ramírez P. y Müggenburg C. (2015) en su estudio denominado “Relaciones personales entre la enfermera y el paciente”, describen en la conclusión que las cargas de trabajo excesivo y la preocupación por el desarrollo de técnicas desplazan el reconocimiento del lugar que ocupan las relaciones interpersonales efectivas. Se identifica que la formación de los profesionales no siempre prioriza los aprendizajes que sustentan las interacciones humanas de calidad. La capacitación en comportamientos orientados a la comunicación interpersonal efectiva no siempre ocupa lugares importantes en los programas de actualización institucional.

Esta observación desarrollada por los autores coincide con los datos obtenidos en esta investigación, ya que la mayoría de los enfermeros entrevistados justifica la falta de comunicación efectiva con la falta de tiempo y el trabajo excesivo que tienen.

CONCLUSIÓN

En esta investigación se visualiza cómo se desarrolla de diferentes formas la relación Enfermería-usuario. Se analizaron datos obtenidos mediante entrevistas a enfermeros y a usuarios que se encontraban en la institución.

Por un lado, se observa la escasa importancia que se le da al uso del nombre y el impacto que tiene su uso, quienes utilizan apelativos son la mayoría de los entrevistados y lo hacen de manera cotidiana e incluso lo describen como la mejor alternativa. Aunque entre las experiencias se relató en muchos casos haber pasado u observado situaciones en las que los usuarios a los que se referían con apelativos expresaron su malestar y corrigieron al enfermero para que los llamen por su nombre, los enfermeros insisten en utilizar este trato, principalmente con ancianos, mujeres en edad reproductiva y niños.

Algunos de los enfermeros atribuyen esta forma de comunicarse a un modo de “romper el hielo”, ser cariñosos, generar confianza o, al contrario, no poseer la confianza necesaria para llamarlo por su nombre. También lo relacionan con el escaso tiempo destinado a la persona, ya sea en sectores como Guardia o Quirófano, o ser un servicio dinámico, como en el caso de Ginecología.

Por otro lado, se puede ver, en la minoría de los enfermeros entrevistados, la importancia que le dan a recordar o aprender el nombre de la persona que cuidan. Algunos manifestaron procurar preguntar al usuario de antemano cómo quiere ser llamado. También se acompaña de técnicas que ayudan a generar un mayor confort, vínculo y confianza con el usuario. Así como son dar la mano, acompañarlo y escucharlo cuando se requiere, ubicarse frente al usuario para tener la mirada a la misma altura o presentarse y presentar al equipo de salud.

Los resultados obtenidos no tienen relación con el nivel de formación, la edad, el sexo, la experiencia o el tipo de formación (pública o privada).

Mediante entrevistas, también se pudo obtener la percepción que tienen los usuarios con respecto a este hábito. La cual fue vista por la mayoría como una

forma agradable y cariñosa de dirigirse a ellos. Sin embargo, es importante tener en cuenta las reacciones de usuarios que relataron los enfermeros, ya que, si bien en algunas personas es bien recibida, en otras son detonantes de crisis, molestia, incomodidad o malentendidos.

Otro punto llamativo de esta investigación es que la mayoría de los enfermeros no se presentan ante los usuarios con su nombre, solo con su función. Este aspecto tiene su trasfondo relacionado con la relevancia que se le da a saber el nombre de las partes que interactúan en la relación Enfermería-usuario, ya que si el enfermero no se interesa por presentarse y que el usuario sepa con quién está hablando, no le dará importancia a saber el nombre del usuario.

Con respecto al uso del término “paciente”, se concluye que todos los enfermeros lo utilizan por aprenderlo así durante su formación práctica profesional y por costumbre del lugar en el que trabajan. Quienes hablaron de la definición, la mayoría lo hizo relacionándolo con la persona que acude a un servicio de salud y se encuentra vulnerable, que no participa de su recuperación y cuidado. En relación con el tema en cuestión de esta investigación, se puede decir que este concepto contribuye a no darle la importancia a reconocer al usuario como una persona que interactúa, que tiene una identidad y debe ser reconocida, principalmente en situaciones de vulnerabilidad, como lo es acudir a una guardia u operarse.

Es un término difícil de modificar, ya que se utiliza en las diferentes profesiones relacionadas con la salud. Existen muchos puntos de vista en contra y a favor de esta terminología, muchas opiniones al respecto, pero poca investigación. Es necesario insistir en su investigación y lograr ampliar la bibliografía, para justificar de esta forma el cambio necesario del término.

Como conclusión se puede decir que, aunque los usuarios entrevistados perciben el uso de apelativos como un trato cariñoso y agradable, la bibliografía no lo recomienda. Y, si se tienen en cuenta las experiencias negativas relatadas por los enfermeros, se demuestra que algunas personas no lo perciben de esa forma. Se

dimensiona de esta forma como un detalle comunicativo como la forma de identificar, referirse o dirigirse a un usuario puede tener gran importancia en la relación Enfermería-usuario.

Entonces, como proveedores de cuidados para la salud es necesario no utilizarlos y de esta manera no correr ese riesgo, ya que de esa forma se transmite respeto, seguridad e interés hacia el usuario, sin ser malinterpretado.

Propuesta de cambio

Al analizar los resultados de la investigación, se observa que la mayoría de los enfermeros utilizan apelativos y todos utilizan la palabra “paciente” durante los cuidados, sin distinción de edad, sexo, tiempo de ejercicio, sector, nivel de formación ni tiempo compartido con el usuario.

Como plantea Morant R. (2016), es importante conocer las distintas formas de nombrar que ofrece nuestro sistema antroponímico (nombre completo, nombre más apellido, apellido, nombre de pila, etc.) y en saber elegir entre todas estas posibilidades atendiendo a los factores personales y culturales de la persona y a otros elementos como el nivel de conocimiento previo entre los interlocutores.

De esta manera se obtiene la herramienta principal para iniciar la comunicación. Una forma de iniciar la relación, mostrar interés, cordialidad y respeto, es preguntar el trato preferencial al presentarse por primera vez al usuario. Al realizar una pregunta simple, como lo es *¿Cuál es su nombre?*, se evita el malestar que pueda generar, además de transmitir respeto, empatía, interés y generar confianza y seguridad al usuario.

Con respecto al término “paciente”, una alternativa en la práctica, que llevó también a la presente investigación, es la de utilizar nombre y apellido y personalizar el cuidado. Es necesario continuar investigando y generar un marco teórico que respalde el efecto negativo del uso del término, más allá de la Enfermería, se deben traspasar disciplinas, ya que lograr reemplazar este término forma parte de un proceso largo y arduo, pero posible.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre Raya D.; (2004) Fundamentos de la relación enfermera - persona sana o enferma. *Rev. Cubana Salud Pública*. Ciudad de La Habana. 30(4). En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400010
- Ariza Olarte. C.; (2012) Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. *Enfermería Universitaria*, 9(1), 45-51. En: <https://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/245/239>
- Ayuzo del Valle C. (2016) Pacientes, clientes, médicos y proveedores, ¿Es solo cuestión de terminología? *Gaceta Médica de México*, 152, 429-430. En: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=67089>
- Diaz Manchay R. y otros (2018) La hospitalidad en el cuidado de enfermería. *Acc Cietna: para el cuidado de la salud*, 5(2), 44-48. En: <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/178>
- Elers Mastrapa Y.; Gibert Lamadrid M. (2016). Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Rev. Cubana de Enfermería*, 32(4). En: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976/215>
- Esquena S. (2017) *En la piel del paciente*. Primera edición, Editorial Ara Libres SCCL, Barcelona, España.
- Eymann A.; Otolania M.; Moroa G.; Oteroa P.; Catsicarisa C. y Wahrena C.; (2011) Modalidades de saludo preferidas por los pacientes en la consulta pediátrica ambulatoria. *Arch Argent Pediatr*, 109(1), 14-17.
- Fernandez Guillén F.; (2006) Nosotras parimos, ¿nosotras decidimos? El consentimiento de la mujer y otros aspectos legales de la atención materno infantil. *Medicina Naturista*, 10, 507-516. En: <http://www.medicinanaturista.org/images/MN10.pdf>
- Heluy de Castro C., de Feria T., Cabañero R. y Castelló Cabo M. (2004). Humanización de la Atención de Enfermería en el Quirófano. *Index Enfermería*,

- 13, 44-45. En: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100004&lng=es.
- Ledezma Jimenes A. (2016). ¿Nombrarse o ser nombrado? El nombre como depositación. *Wímb lu*, 11(2), 31-39. Universidad de Costa Rica. En: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/wimblu/article/view/26150>
 - Lemus Alcántara S., Hamui Sutton A., Pérez M. I. y Maya A. P. (2017). Una mirada crítica sobre la noción: paciente/ usuario/ cliente desde la antropología en salud. *Rev. CONADEM*, 22(2), 98-103. En: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6062919>
 - Ley de la provincia de Neuquén - Derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de Salud públicos y privados de la Provincia N° 2.611/2008.
 - Ley de la provincia de Río Negro Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud N° 4.692/2009.
 - Ley Nacional de Identidad de Género de las Personas N° 26.743/2012. InfoLEG - Ministerio de Justicia y Derechos Humanos - Presidencia de la Nación. En: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm>
 - Ley Nacional Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud N° 26.529/2009. InfoLEG - Ministerio de Justicia y Derechos Humanos - Presidencia de la Nación. En: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>
 - Marriner Tomey A. (1994). Modelos y teorías en enfermería. Tercera edición. Editorial Mosby/Doyma, Madrid, España.
 - Morant R. (2016). La antroponimia en la atención sanitaria. *Círculo de Lingüística Aplicada a la Comunicación (CLAC)*, 66, 278-300. Universidad de Valencia. En: <https://revistas.ucm.es/index.php/CLAC/article/view/52775>.
 - Post S. (2011). Compassionate care enhancement: benefits and outcomes. *The International Journal of Person Centered Medicine*. 1(4) 808-813. En: <http://www.ijpcm.org/index.php/ijpcm/article/view/>

- Ramirez P. y Müggenburg C. (2015) Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Rev. Enfermería Universitaria*, 12 (3), 134-143. En: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632015000300134&script=sci_abstract
- Real Academia Española (2021). Diccionario de la lengua española digital, versión electrónica 23.5. En: <https://dle.rae.es/>
- Sala Adam M^a R., de Cárdenas Sotelo O., Sala Adam A. y González Jacomino J. (2000). Paciente... ¿Por qué? *Rev. Cubana de Estomatol*, 37(2), 123-126. En: <https://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/2299/533>
- Silva Fhon J. R. y otros (2015). Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público. *Rev. Enfermería Universitaria*, 12(2), 80-87.
- Zelis O.; (2012) La función del nombre en psicoanálisis: articulación entre las concepciones de J. Lacan y C. S. Peirce. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. 777-781. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. En <https://www.aacademica.org/000-072/921>.