



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS
DE ENFERMERÍA**

**EXPERIENCIAS DEL INTERNO DE ENFERMERÍA
EN EL CUIDADO BRINDADO A LA PERSONA
ADULTA, TRUJILLO 2013**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

AUTORA:

MS. OLGA GESSY RODRÍGUEZ AGUILAR

ASESORA:

DRA. YOLANDA RODRÍGUEZ NÚÑEZ

TRUJILLO, PERÚ

2015

**EXPERIENCIAS DEL INTERNO DE ENFERMERÍA EN EL
CUIDADO BRINDADO A LA PERSONA ADULTA,
TRUJILLO 2013**

MS. OLGA GESSY RODRÍGUEZ AGUILAR

JURADO EVALUADOR

**DRA. MARÍA ELENA GAMARRA SÁNCHEZ
PRESIDENTA**

**DRA. SONIA MARY DEL ÁGUILA PEÑA
MIEMBRO 1**

**DRA. CARMEN LETICIA GORRITTI SIAPPO
MIEMBRO 2**

AGRADECIMIENTO

A Dios:

Por darme la vida y
permitirme crecer
como persona.

A mi asesora:

Dra. Yolanda Rodríguez Núñez por su
tiempo y desinteresado apoyo en el
desarrollo de la presente investigación.

DEDICATORIA

A mis padres:

Olga y Aurelio por ser
fuentes inagotables de
amor y comprensión.

A mi hermana:

Rocío del Pilar por ser mi fortaleza
y fuente inspiradora de superación.

A mi hija:

Erika Siomara por su amor y
ternura que llenan mi vida.

RESUMEN

La presente investigación, de naturaleza cualitativa, profundizó en las experiencias del interno de enfermería en el cuidado brindado a la persona adulta, Trujillo 2013, y consideró por objetivo analizar las experiencias vividas del interno de enfermería sobre el cuidado de la persona adulta hospitalizada en el servicio de cirugía a partir de su historia de vida, lo cual sirve de apoyo en el cuidado integral del adulto. Las bases conceptuales del cuidado de enfermería se sustentaron en el fundamento teórico del cuidado de Vera Regina Waldow y Marie-Francoise Collière. El abordaje metodológico fue la historia de vida, y los sujetos de estudio seleccionados por saturación fueron nueve. Para tratar los resultados se utilizó el análisis temático. Además emergieron cuatro grandes categorías: experiencias complejas al inicio del cuidado de la persona adulta hospitalizada, desadaptación en el servicio de cirugía para el cuidado de la persona adulta hospitalizada, interiorización y conceptualización del cuidado brindado a la persona adulta hospitalizada, y, finalmente, sentimiento de satisfacción en el aprendizaje cuando se brinda cuidado a la persona adulta hospitalizada.

Palabras claves: experiencias, interno de enfermería, cuidado.

ABSTRACT

This research was qualitative, delved into the experiences of nursing intern provided the adult care, Trujillo 2013 and considered to analyze the internal experiences as experienced nurses on caring for hospitalized adult in the surgery service from contributing his life story as a basis for the comprehensive care of adults. The conceptual bases were based on theoretical foundation of care Vera Regina Waldow, and Marie-Francoise Collière to conceptualize nursing care. The methodological approach was the story of life, with 09 subjects selected by saturation study. For treatment of results thematic analysis was used. 4 major categories emerged: complex at the start of care of the hospitalized adult experiences. Mismatch in the surgery department for the care of hospitalized adult. Internalizing and conceptualizing its support in hospitalized adult care and finally feeling Satisfaction in learning to provide care to the hospitalized adult.

Keywords: experiences, nursing intern, care.

RESUMO

Esta pesquisa foi qualitativa, investigou as experiências de enfermagem interno prestada ao adulto, o cuidado Trujillo 2013 e considerado para analisar as experiências internas como experientes enfermeiros sobre como cuidar de adultos internados na serviço de cirurgia de contribuir sua história de vida, como base para o atendimento integral dos adultos. As bases conceituais foram baseadas em fundamentos teóricos dos cuidados Vera Regina Waldow, e Marie-Francoise Collière conceituar cuidados de enfermagem. A abordagem metodológica foi a história de vida, com 09 indivíduos selecionados pelo estudo de saturação. Para o tratamento dos resultados foi utilizada a análise temática. 4 principais categorias emergiram: complexo no início do atendimento das experiências adultos hospitalizados. Incompatibilidade no departamento de cirurgia para o atendimento de adultos hospitalizados. Internalização e conceituar o seu apoio no atendimento de adultos hospitalizados e finalmente Sentindo satisfação em aprender a prestar atenção ao adulto hospitalizado.

Palavras-chave: experiências, enfermagem interno, cuidado.

ÍNDICE

	Página
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
RESUMO	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Problematización e importancia	1
1.2 Objeto de estudio	6
1.3 Pregunta orientadora	6
1.4 Pregunta norteadora	6
1.5 Objetivo del estudio	6
1.6 Justificación y relevancia del estudio	6
II. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEPTUAL	9
2.1 Antecedentes del problema	9
2.2 Referencial conceptual	11
2.2.1 Educación en enfermería	11
2.2.2 Interno de enfermería	16
2.2.3 Cuidado de enfermería a la persona intervenida quirúrgicamente	18
2.3 Referencial teórico o filosófico	20
III. METODOLOGÍA	28
3.1 Tipo de investigación	28
3.2 Método de investigación	30
3.3 Sujetos de investigación	39
3.4 Escenario de la investigación	40
3.5 Procedimiento de recolección de datos	41
3.5.1 Técnica de recolección de datos	41
3.5.2 Procesamiento de los datos	43
3.6 Consideraciones éticas y de rigor científico	45
3.6.1 Consideraciones éticas	45
3.6.2 Rigor científico	45
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	48
4.1 Resultados	48
4.2 Análisis y discusión de resultados	50
V. CONSIDERACIONES FINALES	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
ANEXOS	81

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Problematicación e importancia

La complejidad inherente a un mundo en transformación ha acelerado considerablemente la evolución de la disciplina de enfermería durante los últimos decenios. El centro de interés de esta disciplina, sus principios y las propuestas que de ella emanan han puesto en relieve los conceptos metaparadigmáticos que llevan a concebir el cuidado como la esencia de la disciplina de enfermería, y en la que se debe centrar la formación, para lo cual se toma como referencia el marco contextual de la realidad sociosanitaria, y las políticas de salud nacional y latinoamericana. La diversa y activa producción científica de enfermería ha permitido delimitar el cuerpo de conocimientos propios en lo que se denomina ciencia de la enfermería, lo que también ha originado que la disciplina adquiriera mayor fuerza y notoriedad (1).

En ese marco de referencia es importante anotar que pese a la crisis económica y financiera de muchos de los países, las Naciones Unidas reporta que en el 2015 se lograrán varios importantes objetivos del milenio; sin embargo, el desarrollo de algunos otros objetivos han quedado claramente insuficientes, por lo cual es importante redoblar los esfuerzos para lograr mayores avances. Frente a ello, la mejora de estrategias sanitarias y la formación/capacitación adecuada son fundamentales para responder apropiadamente a estos problemas prioritarios (2).

La pirámide de la población 2013 y 2021 muestra una tendencia al envejecimiento relativo de la población, aunque en términos absolutos la población joven y en edad de trabajar seguirá siendo la más numerosa. Además se advierte un aumento en la proporción de personas mayores, sector que crece más rápidamente que el conjunto de la población, y a un ritmo continuo, como consecuencia del aumento de la esperanza de vida en todas las edades. Esta situación sanitaria exige que los futuros profesionales de la salud se formen en nuevos paradigmas del cuidado y se enfoquen en la población adulta como un grupo de personas sujeto de derechos, ciudadanos plenos que deben desarrollar su proceso de vejez en condiciones de integridad, dignidad, fortalecimiento de su autonomía y protección efectiva de sus derechos humanos en condición de igualdad y sin discriminación (3).

Desde este punto de vista es evidente la responsabilidad de los profesionales de enfermería, quienes ayudan a satisfacer las necesidades de salud de la población y buscan mejorar su calidad de vida, lo que exige que las características de su formación profesional sean evaluadas para mejorar su nivel, para que influyan en la realidad y la transformación de los servicios de salud.

El profesional de enfermería debe poseer conocimientos y habilidades que le permitan orientar su cuidado a promover la salud, a prevenir las enfermedades y a restablecer la salud, así como interesarse por todo lo que esté relacionado con la persona mayor sana o enferma que atraviesa por una experiencia de salud-enfermedad. Pese a ello

preocupa que en la actualidad todavía exista la formación de algunos profesionales de enfermería centrados en enfoques curriculares que se han convertido solamente en ejercicio académico-teórico, porque no parten de la realidad local, nacional o latinoamericana concreta; en otros casos, los espacios de la enfermería en su mayoría se mantienen limitados a una práctica preponderantemente hospitalaria y basada en un paradigma positivista.

A nivel de la formación universitaria es importante mencionar que en el Perú es reciente la preocupación por la política de calidad que de alguna manera garantiza esa formación a través de la acreditación de carreras profesionales. La implementación de esta política pretende detener el incremento que en los últimos años se ha experimentado en la creación de nuevas escuelas/facultades de Enfermería, lo que ha ocasionado el aumento del número de enfermeros colegiados, pero no necesariamente la mejora de la calidad de formación de este grupo profesional (4).

Satisfacer las necesidades de salud no solo implica que exista un número mayor de profesionales que abarque a la población demandante, sino también que demuestren una preparación competente, con una excelente base cognoscitiva, habilidades y destrezas que respondan a la necesidad sanitaria actual. Pero igual de importante es formar profesionales sensibles, responsables, creativos e innovadores ante una realidad cambiante y compleja. Solo así lograremos la meta de alcanzar una salud y calidad de vida idóneas para la población.

Toda vez que la investigadora tiene ese marco de referencia, asume con preocupación lo que observa en su práctica profesional como enfermera asistencial y docente. Como consecuencia de que se desarrolla en este doble campo laboral, ha evidenciado durante los últimos años que el estudiante cuando llega a su práctica de internado lo hace con la expectativa de insertarse en un equipo en el que puede demostrar las competencias adquiridas durante su formación. Sin embargo, cuando vive la práctica en el mismo escenario de trabajo, sufre muchas veces una seria confrontación con la realidad, pues cuando se inicia en una práctica que le exige fungir de profesional, se percata de que no cuenta con las competencias necesarias para enfrentar exitosamente esta realidad; de ahí que se cuestione por qué su formación universitaria no cubrió esta necesidad.

Al igual que las demás áreas de práctica en su internado, el del cuidado del adulto es una en la que el interno muestra una vivencia particular, ya que la vive tan de cerca que pone a prueba sus representaciones y propios valores cuando trata con un cuerpo poco atractivo y no siempre alineado. Es más, ellos copian un modelo de los profesionales de enfermería que tienen años en el cuidado y priorizan a la persona con mayor necesidad de cuidado.

Algunos internos realizan con gran desenvolvimiento y habilidad el cuidado de las personas; para otros, este cuidado es novedoso y difícil. Cada uno de los internos, de manera individual, forma su propia representación del cuidado de la persona mediante las

vivencias positivas o negativas que experimentan. Estos estudiantes aprenden a través de su vivencia y de la repetición de ciertos tipos de situaciones resueltas en función de las características del conocimiento profesional que cada uno de ellos posea.

Esta realidad pone en evidencia una situación dicotómica, ya que, por un lado, tenemos la formación universitaria con sus propias características con un producto –el estudiante– que se siente débil, y con insuficiente conocimiento y seguridad para cumplir con las exigencias impuestas por la sociedad actual, y, por otro, tenemos el escenario laboral –las instituciones de salud–, que evalúa aquel desempeño a través de la eficiencia y eficacia para lograr sus propias metas institucionales, y no precisamente la calidad en el cuidado de enfermería.

Esta situación nos lleva a reflexionar sobre un hecho que quizá se repita de generación en generación: ¿las universidades forman a los estudiantes desde una perspectiva teórica, o unilateral, que les hace ubicarse en un plano ‘ideal’? ¿Por qué presentan tanta dificultad para adaptarse a las exigencias de los escenarios de práctica laboral?

Sin duda la realidad exige algo muy diferente, y el estudiante, cuando se confronta con ella, siente una desadaptación, hasta ‘desencanto’, por las actitudes y los modos de ser de los profesionales que trabajan en esa institución, que contrastan notablemente con los de ellos, pues evidencian con frecuencia actos de rutina, desánimo, desinterés, ambientes de rumores y comentarios, y hasta autoridades

hospitalarias que ejercen su liderazgo centradas en la adulación y parcialización en sus decisiones. Además las universidades buscan en el estudiante dominio de técnicas y procedimientos, y dejan de lado la práctica del cuidado humano, la profundización teórica o la generación de cambios de la realidad.

Frente a esta realidad se plantea el siguiente objeto de investigación:

1.2 Objeto de estudio

Experiencia vivenciada por el interno de enfermería en el cuidado brindado a la persona adulta hospitalizada en el servicio de cirugía.

1.3 Pregunta orientadora

¿Cuáles son las experiencias vivenciadas por el interno de enfermería en el cuidado brindado a la persona adulta hospitalizada en el servicio de cirugía, 2014?

1.4 Pregunta norteadora

Háblame sobre tu vida que tenga relación con las experiencias vivenciadas durante el cuidado brindado a la persona adulta hospitalizada en el servicio de cirugía.

1.5 Objetivo del estudio

Analizar las experiencias vivenciadas del interno de enfermería en relación con el cuidado de la persona adulta hospitalizada en el servicio de cirugía a partir de su historia de vida que contribuya como base con el cuidado integral del adulto.

1.6 Justificación y relevancia del estudio

Frente a la situación que vive el interno de enfermería diariamente en los servicios de cirugía del hospital Belén de Trujillo se considera necesario plantearse el siguiente estudio con la finalidad de contribuir a incrementar el conocimiento de las experiencias del interno de enfermería acerca del cuidado enfermero que brinda. Todo ello permitirá obtener una visión acerca de las diferentes vivencias del interno de enfermería en su cotidiano a fin de cambiar o mejorar nuestra práctica y actitudes, así como despertar al interno de enfermería por anticipado a lo que podría ser su actuar futuro y reorganizarlo, además de corregir conocimientos y prácticas negativas en el cuidado brindado, el cual redundará en la calidad de cuidado que brindará a la persona.

La escasez de estudios relacionados con este tema de investigación justifica su ejecución, de tal forma que permita que se revele el problema cuyo objetivo es analizar las vivencias a partir de las experiencias de los internos de enfermería sobre el cuidado brindado a la persona adulta hospitalizada.

Se espera que los resultados del presente estudio permitan mejorar la calidad de cuidado de la persona adulta y orientar la práctica del docente al estudiante de la Universidad Privada Antenor Orrego (UPAO) a partir del conocimiento de las experiencias del interno que aún continúa siendo un estudiante.

La universidad desarrolla un papel protagónico en la sociedad en la cual se encuentra, por lo que tiene la obligación de liderar y desarrollar el conocimiento, además de convertirse en el escenario de

formación profesional de los miembros de la comunidad. Para ello tiene por herramientas la educación, la investigación y la difusión del saber, para orientar y motivar los cambios en espacios nacionales e internacionales, con lo que cumple una misión social, a través de su tarea formativa, con la cultura en la cual está inmersa (5). De esta manera, las universidades buscan comprender los problemas, y aportar soluciones que enriquezcan y orienten el futuro a nivel regional, nacional y mundial. Es decir, la existencia de la universidad acarrea la gran responsabilidad de ser partícipe en la cultura y en procesos de gran importancia de la nación a la que pertenece. Las universidades deben aspirar al protagonismo en el cambio cultural, y demandar una formación de excelencia en cada disciplina y en el desarrollo de las capacidades de sus miembros.

II. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEPTUAL

2.1 Antecedentes del problema

Se encontraron escasos estudios referentes a las vivencias del interno de enfermería sobre el cuidado enfermero brindado a las personas adultas.

Zamalloa Z. (6) realizó un estudio cualitativo sobre la vida cotidiana de las internas de enfermería en su práctica hospitalaria en Chiclayo, Perú, de la que surgieron tres grandes categorías: el internado se constituyó en la interacción con el entorno hospitalario evidenciado por la ansiedad y la falta de seguridad relacionada con la escasez de habilidades. El transcurrir del internado fue develando el día a día: el interactuar con el personal de salud, así como asumir el trabajo enfermero entre muchas guardias diurnas, nocturnas y alejamientos familiares que anteriormente los internos no habían experimentado.

También la falta de incentivos económicos, que no se enfocan en los esfuerzos de los internos, lo que los desmotiva. A la vez, la convivencia con el sufrimiento y el dolor de la persona a la que cuida impactan mucho en su lado subjetivo, lo que sirvió de reflexión en relación con el valor que se debe dar a la vida y la manera como debe ser un verdadero cuidado. Finalmente en el internado se evidenció el encanto y desencanto por el trabajo asistencial.

Magela G. y Cunha V. (7), en su investigación cualitativa fundamentada en la fenomenológica “Vivencias de estudiantes de enfermería durante el cuidado prestado a personas con heridas”,

encontraron que los estudiantes de enfermería se sienten sin preparación para ejecutar la curación, también tienen varias dificultades, como tocar a una persona que les es desconocida, dificultad para asociar la teoría a la práctica. Vivenciaron emociones positivas, como placer, y negativas, como angustia, inseguridad, miedo y vergüenza. Aportaron que la relación docente-estudiante se vería enriquecida con la creación de un espacio para discutir sus vivencias, situación que puede ser apoyo necesario para el estudiante frente a las dificultades encontradas en ese periodo de su formación académica.

Ramírez A., Angelo M. y Gonzales Lam (8) realizaron un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico en internos de enfermería a fin de comprender el significado de la experiencia de aprendizaje de transición del estudiante de enfermería y el significado de sus perspectivas del aprendizaje para su futura práctica profesional. En él identificaron que el estudiante siente que al asumir responsabilidades experimenta sufrimiento e inseguridad por falta de conocimiento, no confía en sus habilidades y se siente solo; pero, a medida que percibe apoyo, adquiere confianza, autonomía y se integra al equipo. Siente además que la enfermera es importante en el proceso de transición; y logra comprender los motivos de sus acciones, el porqué de ellas y cómo se integra al mundo de la vida cotidiana de un determinado grupo social en un determinado tiempo y espacio.

Farkhondeh S. y Masoumi S. (9), en un estudio cualitativo de las experiencias de estudiantes de enfermería de la práctica clínica,

encontraron que los estudiantes de enfermería no están satisfechos con el componente clínico de su educación. Ellos experimentan ansiedad como resultado de la sensación de incompetencia y la falta en los profesionales de enfermería de los conocimientos y las habilidades para cuidar a varias personas en la clínica.

En un estudio realizado por Pavan R., Ferreira A. y Ferreira J. (10), que tuvo por objetivo conocer la percepción del cuidado y las relaciones entre las concepciones de los estudiantes y de los profesionales de enfermería, los investigadores encontraron 45 afirmaciones distribuidas en 5 categorías: característica personal humana, imperativo moral, afecto, relación interpersonal e intervención terapéutica. Los 171 sujetos en investigación fueron alumnos del curso de graduación y de especialización, enfermeros de la práctica y profesores. En las categorías, profesores y alumnos están próximos, así como alumnos de especialización y enfermeros con diferencias significativas entre los grupos. Los resultados apuntan a la necesidad de mayor afinación entre la enseñanza y su aplicación en el ejercicio de la profesión.

2.2 Referencial conceptual

2.2.1. Educación en enfermería

Como ocurre en la mayoría de los países, la enfermería en el Perú es una práctica muy antigua. Por mucho tiempo estuvo sustentada en el empirismo hasta los albores del siglo XX (1907), en que se crea la primera escuela de enfermería hospitalaria.

En 1958 se funda la primera escuela universitaria y a partir de 1984, por decisión del Colegio de Enfermeros del Perú (CEP), la enfermera se forma únicamente en el sistema universitario. La formación de maestras, especialistas y doctoras en enfermería se ofrece desde 1983, 1997 y 2000, respectivamente (11).

La fuerza de trabajo de la enfermería en el país se aprecia en todos los niveles del sistema de servicios de salud, pero hay mayor concentración de las profesionales enfermeras en la capital y en las grandes ciudades. La dotación de personal especialmente profesional es insuficiente y las condiciones laborales insatisfactorias (11).

La expansión de la oferta educativa en los últimos veinte años a nivel universitario ha incrementado la producción de este personal, lo cual, unido a la poca oferta de puestos de trabajo y a las insatisfactorias condiciones laborales, ha derivado en una mayor migración de estos recursos humanos a otros países.

El Colegio de Enfermeros del Perú, se funda el 17 de octubre de 1978 por Decreto Ley N.º 22315, y se constituye en una institución autónoma considerada como el máximo órgano representativo de la profesión de Enfermería e instancia normativa del ejercicio profesional. La Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Enfermería (Aspefeen) se crea en 1966 como institución no gubernamental, académica, sin fines de lucro, con carácter de organismo consultor, asesor y auditor de la educación en Enfermería y organismo de integración con propósitos solidarios, que, en respuesta a las

necesidades de salud de la población, propicia la reflexión sobre el papel histórico social que da sustento a la base educativa de la enfermería, y sobre su contribución con el mejoramiento de la calidad de vida y de salud de la sociedad peruana. La Federación de Enfermeros del Perú, creada en 1963, es la institución de carácter gremial para la defensa de los derechos laborales, sociales y económicos (12).

En 1983 se promulga la nueva Ley Universitaria 23733 (13), que introduce el sistema de facultades y departamentos académicos. En función de ella, los hasta entonces programas académicos deberían convertirse en facultades o escuelas dependientes de las primeras. En este proceso, la enfermería tuvo también que desarrollar esfuerzos por una permanencia como facultad. A través de los años, algunas de las escuelas no universitarias fueron desapareciendo, mientras otras han sido integradas a la universidad. Al mismo tiempo se fueron creando otras facultades y escuelas de Enfermería, especialmente en nuevas universidades. A diciembre del 2000 existían 45 instituciones formadoras de enfermeras y a diciembre del 2005 estas totalizaban 47.

En la última década se aprecia que varias facultades y escuelas de Enfermería han empezado a desarrollar el posgrado y la especialización en enfermería. El primer programa de Maestría en Enfermería inicia su funcionamiento en 1983 en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, y el primer programa de doctorado en enfermería empieza en el 2000 en la Universidad Nacional de Trujillo.

Las exigencias derivadas de los procesos de globalización y descentralización, los nuevos perfiles demográficos y epidemiológicos en el país, las demandas y necesidades sociales por mejores condiciones de vida y salud de la población, el desarrollo científico-tecnológico y las reformas sanitarias constituyen desafíos para la enfermería, especialmente para las instituciones responsables de la formación profesional. Planificar la oferta educativa a nivel de pregrado y posgrado, desarrollar la gestión educativa, la autoevaluación y acreditación de los programas de formación para mejorar la calidad educativa, así como la investigación de enfermería, son procesos que se requieren potenciar en el país (14).

El ejercicio y la educación de enfermería en el país están regulados por normas emanadas del Estado, del CEP y de Aspefeen. Durante el 2003 al 2006, y con el fin de garantizar la calidad del desempeño profesional y de la formación, el CEP y la Aspefeen, con la cooperación de OPS-OMS y el Consorcio Catalyst Usaid, desarrollaron valiosas experiencias piloto de autorregulación voluntaria para la certificación profesional, acreditación de la carrera y examen nacional de estudiantes de último año (12).

El 2006, con la promulgación de la Ley del Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa (Sineace), y de su reglamento aprobado en el 2007, el Estado peruano inicia la regulación de los procesos de acreditación de las carreras profesionales universitarias y de la certificación profesional, y se

encuentra finalizando la implementación y preparándose para hacer la convocatoria nacional a las carreras y a los profesionales de salud. Para el caso de enfermería, la acreditación y la certificación son de carácter obligatorio, y para esta última, el CEP podrá constituirse en la entidad certificadora de enfermería (12).

La enfermería como disciplina de las ciencias de la salud amplía y profundiza permanentemente su campo de acción, en su dimensión asistencial, gerencial, de docencia e investigación, lo cual se evidencia en sus competencias y el desempeño profesional, y genera la necesidad de actualizar constantemente aquellos conceptos, teorías y enfoques que una formación moderna exige.

La Escuela Académico Profesional de Enfermería de la UPAO considera que la formación de los enfermeros debe estar caracterizada por un enfoque socioconstructivista, en el que el conocimiento se concibe como una acción subjetiva, en la generación de procesos investigativos y en el desarrollo de asignaturas, e incorpora progresivamente la plataforma virtual, donde el asesoramiento o la tutoría se constituye en un componente indispensable. Este enfoque utiliza como estrategia esencial el diálogo, la discusión de los diferentes puntos de vista, la confrontación de las perspectivas, la comprensión y las situaciones reales experimentales pasadas o presentes.

La enfermería en la UPAO tiene vocación de excelencia académica y científica que la obliga a una mejora continua de la calidad del servicio que brinda en el campo de la enseñanza, investigación y

gestión, pues se siente comprometida a introducir y desarrollar la cultura de la calidad, de la evaluación y la acreditación nacional e internacional. Se asume que la formación del futuro profesional de enfermería debe considerar como mínimo los siguientes aspectos: el humanismo, la comunicación y la empatía, la integralidad, el conocimiento, la ética y la deontología, y la investigación.

2.2.2 Interno de enfermería

El internado representa la culminación de la enseñanza de pregrado, periodo en el que se complementan, profundizan y consolidan los logros del proceso de formación del estudiante en el área hospitalaria y comunitaria, y en la que el interno asume responsabilidades profesionales declaradas en el perfil educacional, bajo un sistema de tutoría, de un proceso de autodirección y autoaprendizaje (15).

La rotación del interno de enfermería por los servicios hospitalarios tiene una duración de ocho meses, lo que le permite ampliar o reforzar sus conocimientos y habilidades en el cuidado de la persona con afecciones clínicas más frecuentes, al aplicar el proceso de atención de enfermería en todas sus fases (15).

Estas experiencias de aprendizaje permiten al interno fortalecer su capacidad de observación, análisis, liderazgo, creatividad y de integración en las diversas áreas de su formación profesional con proyección a la atención integral de la persona a su cargo de forma eficiente y oportuna. Además le da la oportunidad de fortalecer la

práctica de los valores éticos, de justicia, solidaridad, respeto, responsabilidad y de analizar el comportamiento deontológico que la profesión de enfermería exige.

El internado hospitalario comprende la rotación por los servicios de hospitalización, como medicina general, cirugía general, pediatría, neonatología, ginecología y obstetricia, y emergencia, y el periodo de rotación para cada servicio es de un mes.

La población a la cual se brinda cuidados es a neonatos, niños, adultos y adultos mayores. Este último grupo poblacional predomina en los servicios de hospitalización y emergencia, con diferentes patologías y grados de dependencia.

El internado de enfermería en el área comunitaria ofrece al estudiante del último año de formación la oportunidad de complementar y afianzar sus capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales declaradas en el perfil académico profesional, para garantizar las competencias del futuro profesional en establecimientos de salud de primer nivel de atención en las áreas funcionales de asistencia, docencia, administración e investigación, para que se incorpore a los establecimientos de primer nivel de atención ubicados en zonas urbanomarginales, donde asume progresivamente responsabilidades tecnicoprofesionales tanto a nivel intramural como extramural.

2.2.3 Cuidado de enfermería a la persona intervenida quirúrgicamente

En el denominado proceso quirúrgico se da un conjunto de características comunes a todas las personas que, por una u otra razón, deben someterse a una intervención quirúrgica. Este es el motivo por el que se habla específicamente de unos cuidados de enfermería a la persona intervenida quirúrgicamente, proceso al que se denomina la etapa del perioperatorio, que aplica el personal de enfermería (16, 17).

Habitualmente se divide el acto quirúrgico o perioperatorio en tres fases, que, aun desarrollándose sin solución de continuidad, pueden diferenciarse: preoperatorio, intraoperatorio y posoperatorio.

Es importante tener presente que el éxito del proceso quirúrgico dependerá no solo de la intervención en sí misma, a pesar de que esta pueda ser el acto central de toda la sucesión de acontecimientos, sino también del buen desarrollo de cada una de las etapas indicadas. No es arriesgado afirmar que sin una correcta preparación preoperatoria y unos adecuados cuidados posoperatorios, ni la mejor de las intervenciones quirúrgicas podría tener éxito (16, 17).

Los profesionales de enfermería quirúrgica deben conocer en detalle estas fases. Para garantizar el correcto cuidado en el proceso quirúrgico por parte de los/as enfermeros/as se dispone de dos medios fundamentales: uno es la formación de los profesionales y el otro es la estandarización de los procesos a aplicar. Se entiende por enfermería perioperatoria al papel que el profesional de enfermería ha desarrollado en el cuidado total antes, durante y después de la cirugía. Entre los deberes de la enfermera perioperatoria se incluyen el desarrollo y la

implantación de un plan preoperatorio de cuidado de la persona. Se describen a continuación las fases del proceso quirúrgico:

Preoperatorio: Comienza cuando se decide someter a la persona a una intervención quirúrgica. Durante esta fase, la enfermera identifica las necesidades fisiológicas, psicosociales y espirituales de la persona, así como los problemas potenciales. A continuación el profesional enfermero lleva a cabo las acciones encaminadas a resolver cada uno de los problemas que se hayan planteado, con lo que ofrece una ayuda individualizada. Esta fase termina cuando el personal se traslada a la mesa quirúrgica.

Intraoperatorio: Empieza con el traslado de la persona a la mesa quirúrgica. Todas las actividades se enfocan con el único fin de cubrir sus necesidades y de procurar su bienestar durante todo el proceso; la persona reconoce a la enfermera que ha realizado la visita preoperatoria y establece con ella una relación. En esta fase, el profesional enfermero ha de realizar sus funciones dentro del plan quirúrgico con habilidad, seguridad, eficiencia y eficacia. Esta etapa finaliza cuando se admite a la persona en la sala de recuperación.

Posoperatorio: Se inicia con la admisión de la persona intervenida quirúrgicamente en la unidad de recuperación posanestésica (URPA) y finaliza cuando el cirujano suspende la vigilancia. Las enfermeras deben cerciorarse de que todos los procedimientos y las técnicas de enfermería se ejecutan de forma correcta; así, los indicadores del buen resultado del

proceso perioperatorio serían la satisfacción de todas las necesidades de la persona y el logro de los resultados deseados (16-18).

2.3 Referencial teórico o filosófico

El presente estudio tiene por fundamento teórico del cuidado a Vera Regina Waldow y Marie-Francoise Collière para conceptualizar el cuidado de enfermería.

Existen múltiples connotaciones del verbo ‘cuidar’; en los diccionarios lo definen como poner atención y esmero en una cosa, atender, velar, mimar, esmerarse, imaginar, pensar, meditar, asistir, aplicar la atención o el pensamiento, vigilar, tratar, prevenir. “El cuidado significa además preocupación, interés, afecto, importarse, proteger, gustar; en portugués significa cautela, celo, responsabilidad, preocupación. El verbo ‘cuidar’ específicamente asume la connotación de causar inquietud, entregar la atención” (19).

Su pensamiento significa una visión holística de la persona integrada con su entorno social y cultural en un proceso de interacción recíproca; en él adquieren relevancia la energía y la conciencia para un cuidado humano, donde la espiritualidad de uno mismo y de la persona son fundamentales (19).

Waldow V. (19) afirma que el cuidado es una forma de ser, de expresarse, de relacionarse consigo mismo, con otro ser y con el mundo, habla del ser humano como un ser de cuidado, que nace con ese potencial; por lo tanto, todas las personas son capaces de cuidar, como una acción moral, impregnada de valores y de sentimientos, como

cualidad existencial, ya que es parte del ser y le da la condición humana; se produce en relación con otro ser, situación en la que se revela una coexistencia con otros seres, y el cuidado se percibe en un contexto de variaciones, intensidades y diferencias en las formas y expresiones de cuidado conforme con el medio en que se produce.

El cuidado en su abordaje más amplio consiste en una forma de ser y estar con otros, posee características existenciales y contextuales (modo de ser) y (estar con), de tal forma que el cuidado se visualiza en dos dimensiones: fenomenológica y holística (19).

El sujeto no cuidado, el cuidador y el ser cuidado son considerados en una constante relación consigo mismo, con otros y con el mundo. El cuidado humano envuelve compromiso, protección y responsabilidad; es una forma ética de vivir en la que los seres humanos perciben y reconocen los derechos de los demás; a través del cuidar el ser se humaniza; el cuidar favorece el empoderamiento, el crecimiento y la realización de nuestra humanidad (19).

Waldow V. (19) identifica el momento de cuidar como un movimiento hacia algo o alguien, que es de interés y preocupación; se dirige concreta y específicamente a acciones que impulsan a hacer algo; se trata de una acción moral que tiene por objetivo aliviar, satisfacer, proteger, confortar y apoyar a los otros. En ese proceso es considerada también la vulnerabilidad del ser humano como condición cuando solicita el cuidado y la respuesta del cuidador a una necesidad expresada e interpretada que hay que cubrir desde la visión integral del otro.

El proceso de cuidar implica transformar a ambos: el ser cuidado y cuidador; de ahí se deriva el crecimiento personal que se traduce en satisfacción, sensación del deber cumplido, realización, mejora de la autoestima, mayor confianza, seguridad, placer y bienestar, lo que posibilita el crecimiento de los actores del cuidado. La relación con el ser cuidado se da a través de la palabra, los gestos y la mirada, consideradas estas como manifestaciones estéticas en el acto de cuidar.

El proceso de cuidar lo define Waldow V. (19) como todas las actividades desarrolladas por el cuidador para con el ser cuidado con base en el conocimiento, la habilidad, la intuición, el pensamiento crítico, la creatividad, acompañados de comportamientos y actitudes de cuidado para promover, mantener y recuperar la dignidad y totalidad humana.

Para entender qué significa 'enseñanza' centrada en el cuidado es necesario aclarar aquello que no es. En primer lugar, al nombrar una educación / currículo / enseñanza centrada en el cuidado es necesario aclarar que no se trata de proponer una enseñanza del cuidado impartida bajo los parámetros tradicionales.

Esa advertencia se hace necesaria, pues, a menudo, los currículos de enfermería, al enfocar el cuidado, proponen programas o disciplinas que se preocupan por organizar quehaceres enseñanza-aprendizaje e incentivan prácticas pedagógicas que buscan habilitar alumnos para el cuidado. Los enfoques más conservadores, que aún prevalecen en muchas instituciones, se caracterizan por componer una serie de listas o

manuales de procedimientos que detallan, paso a paso, las maneras consideradas correctas de cuidar.

El verbo ‘cuidar’ y el sustantivo ‘cuidado’ no eran hasta hace poco tan populares como el verbo ‘asistir’ y el sustantivo ‘asistencia’. Varios trabajos describen, analizan y critican los cuidados de enfermería por privilegiar las tareas más que al ser humano a quien están destinados tales cuidados (21, 22).

Para los seguidores del ‘cuidado humano’, teniendo en cuenta la orientación que acompaña esa denominación (humanista, fenomenológica), ‘cuidar’ es entendido como la esencia del ser. Si cuidar caracteriza las acciones de enfermería en sus diferentes áreas (asistenciales, educativas, administrativas) y es parte del ser cuidador (tanto la enfermera como la docente), todas sus acciones se deberían centrar en el cuidado. Ese cuidado significa realizar acciones acompañadas siempre de actitudes y comportamientos de cuidar (23). Cuidar es una característica que hace parte del ser, y es pensado y dirigido a todas las cosas, los objetos y los seres vivos, pues fundamentalmente esta acción se constituye en la relación con los otros (24).

Por tanto, si el objetivo del cuidar es el ser —y considerando la visión heideggeriana de que el cuidado es parte del ser—, la enfermería tiene un compromiso que es el cuidado, y debería empeñarse en comprenderlo y ejercitarlo a fin de absorberlo en su quehacer diario. Entonces, en una educación que priorice el cuidado humano, o mejor, al

pensar las premisas relativas a la educación en enfermería, y sobre cómo enseñar el cuidar y cómo organizar un currículo orientado al cuidado, es necesario pensar y reflexionar primero acerca del cuidado en sí: ¿qué es cuidado?, ¿qué significa cuidar?, ¿qué referente adoptar?, ¿cómo los docentes de una institución formadora piensan en cuanto a formar profesionales de cuidado? Y ¿qué significa exactamente ser un profesional del cuidado? (20, 24).

La enseñanza centrada en el cuidado no prioriza ni el quehacer ni el producto, y sí el proceso; el interés del profesor es el alumno, y, más que lo relacionado con su disciplina, importa saber quién es el alumno y cómo aprenderá a aprender. Así sabrá que todo el aprendizaje tendrá por meta final el cuidado del paciente. Orientar cómo aprender es un factor importante en una enseñanza enfocada en el cuidado.

El profesor que considera el cuidado como la práctica y el conocimiento que orienta la enfermería estará en ventaja, y probablemente sería sensible a profundizar e introducir este abordaje en su práctica pedagógica.

Waldow V. (20) refiere que al considerar el cuidado como una forma de ser, el docente actúa más fácilmente como un ser de cuidado. Así, confía y permite que los alumnos encuentren sus propios medios para perseguir sus proyectos, y ayuden siempre que sea necesario. Esa ayuda se practica en el sentido de orientar, iluminar, motivar, sensibilizar, nutrir, dar coraje, incentivar la búsqueda, la imaginación, la creatividad, además de proponer nuevas pistas y direcciones. También

ayuda a los alumnos proporcionando materiales y recursos de forma que sean expuestos a experiencias estimuladoras y significativas.

Colliere M. F. (25), estudiosa de la materia del cuidado, dice: “los cuidados son un conjunto de actos de vida, habituales y cotidianos, que tienen por objeto permitir que estos continúen y se desarrollen”. En los orígenes, las prácticas cuidadoras ligadas a la conservación de la especie humana o dar cuidados o cuidar era una noción ligada a cualquier forma de vida, y proporcionar cuidados puede considerarse inseparable de la noción de ‘supervivencia de los seres humanos’, de la continuidad de la vida en grupo, del desarrollo y mantenimiento de la vida.

Así, Colliere M. F. (25) en su libro *Promover la vida* menciona: “los hombres, como todos los seres vivos, han tenido siempre necesidad de cuidados, porque cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo, que la vida continúe y se desarrolle, de ese modo se lucha contra la muerte”. Expresado en otros términos, cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades; cuidar representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener a los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida. Estos conceptos nos hacen reflexionar sobre cómo a través del tiempo se necesitaron hombres y mujeres que de forma natural y espontánea desarrollaran esta actividad, e incorporaran conocimientos.

Así, los cuidados no se concibieron nunca como un oficio o una profesión, sino como diversas prácticas cotidianas que pretendían

asegurar la defensa de la vida, mediante el mantenimiento de las funciones vitales; y asegurar la supervivencia del individuo y del grupo. Así, era necesario cuidar de la mujer de parto, de los niños, de los vivos, pero también de los muertos.

En otro momento, Collier M. F. (28) analiza en ciertos aspectos los dilemas que enfrenta la profesión de enfermería. Dilemas como cuidado que acompaña a la vida, cuidado que cumple con las dimensiones culturales y sociales de la persona que se preocupa y que es atendida, cuidado cuyos efectos son reconocidos social y económicamente. Se construye de esta forma la identidad de la enfermera, los fundamentos culturales de la atención, así como la naturaleza de la atención que acompaña los principales pasajes de la vida. Se promueve la reflexión y discusión sobre su contribución al cuidado, que, si ciertamente es insustituible, sin embargo tiene un escaso reconocimiento social.

Amaro M. (29) anunció un mensaje de Collière, que ella misma solicitó que se transmitiera a la comunidad de enfermería en el momento de informar su fallecimiento: "Enfermeras, enfermeros, estudiantes de enfermería: sepan por lo que yo he podido constatar, por mi experiencia de vida conduciéndome hasta la muerte, que solo basta una ruptura comportamental o gestual en la continuidad de los cuidados para que toda la calidad del trabajo de un equipo sea destruido. Basta una 'oveja negra' para que la fragilidad de lo que quita la vida sea confrontada con el desasosiego y lleve hacia la desesperación más

abrupta. Las mejores competencias técnico-profesionales son anuladas por la ruptura del respeto interpersonal y priva a la persona cuidada de palabra para defenderse, porque aparecen entonces las realidades de las represalias y la persecución en los cuidados. A todos les pido centrarse en las fuerzas de la vida, la movilización de sus recursos vitales, en el respeto de la persona y de la humanidad, para promover los cuidados y la vida”.

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de investigación

El presente trabajo de investigación es de naturaleza cualitativa. Dado que la enfermería es una profesión eminentemente práctica, la investigación es fundamental para desarrollar y aumentar el conocimiento que se puede aplicar para mejorar la práctica asistencial.

La investigación de enfermería es igualmente necesaria para generar conocimiento sobre educación en enfermería, administración, cuidados de salud, características de las enfermeras o sus roles. Los hallazgos de estos estudios influyen indirectamente en la praxis de las enfermeras, de modo que pasan a aumentar el cuerpo de conocimientos de la enfermería. La investigación en educación es necesaria para proporcionar a los estudiantes de enfermería experiencias de aprendizaje de la mayor calidad posible. La investigación es un interrogante o estudio sistémico y concienzudo que perfecciona o da por válidos conocimientos ya existentes, y desarrolla otros nuevos (30, 32).

La investigación cualitativa trata del estudio sistemático de la experiencia cotidiana y lo hace enfatizando en la subjetividad. Es decir, se interesa por cómo las experiencias las viven e interpretan quienes las experimentan. Este enfoque no pretende, por tanto, predecir el comportamiento sin identificar sus 'causas', sino que trata de comprenderlo en el sentido explicado; al conocer la intencionalidad de las acciones y hacerlo desde el punto de vista del otro, permite aprehender su naturaleza subjetiva y racional. Dicho de otra manera: el

investigador cualitativo se pregunta *¿cómo algo sucede?*, y no *¿por qué sucede?* Conocer la naturaleza de lo que acontece nos lleva a entender el porqué.

En la actualidad, la enfermería es el grupo profesional de la salud que más proyectos cualitativos realiza. Como una profesión al cuidado de las personas, necesita profundizar las vertientes del conocimiento que le permitan comprender el complejo mundo “de las experiencias vividas desde el punto de vista de las personas que la viven”, mediante el desarrollo del pensamiento crítico en la atención de enfermería (33).

De ahí que el objetivo principal del enfermero(a) investigador(a) sea interpretar y construir los significados subjetivos que las personas atribuyen a su experiencia cotidiana. Por ello, al igual que en otros países latinoamericanos como en el nuestro, se utiliza la importancia de aprender y explorar la investigación cualitativa, que representa el camino más coherente para lograr los objetivos de esta investigación, que pretende conocer, comprender e interpretar las vivencias del familiar en el tiempo de espera quirúrgico (33).

La investigación cualitativa que se fundamenta en el paradigma constructivista considera la participación del ser humano en una situación, entendiendo que la realidad no es externa a las personas, sino construida, es decir, por medio del pensamiento y de la acción se da forma al mundo que rodea a las personas. Los seres humanos son, por tanto, creadores y activos del mundo social; atribuyen significados subjetivos a los eventos y actúan de acuerdo con estas interpretaciones,

las cuales se modifican en el propio proceso de relación con los demás (33).

En este tipo de investigación no se busca la explicación ni la predicción, sino la comprensión desde la perspectiva de adentro de las personas que viven una experiencia dada, a través del ver y sentir del otro. De esta manera, comportamientos que a primera vista parecen irracionales e inexplicables mirados desde el lugar de los actores tienen un sentido, lo que permite entender las diferentes conductas de las personas investigadas. Por consiguiente, la metodología cualitativa no mide un fenómeno, sino que lo describe y lo interpreta para que se conozca de manera más compleja y profunda (33).

3.2 Método de investigación

El presente estudio se basó en el método historia de vida, porque nos permite un acercamiento al problema, es decir, con los internos de enfermería que presentan sus experiencias y los conceptos interpretados por ellos mismos a modo de explicar sus vivencias en el cuidado de la persona adulta hospitalizada, de lo que se obtienen conocimientos de la realidad de vida de los internos de enfermería, incluidos sus sentimientos, frustraciones, emociones y aspiraciones descritas cronológicamente.

El método de historia de vida utilizado permite tener un enfoque de la actuación del participante con dominio de la calidad y la intención para el acercamiento alrededor del cuidado de enfermería, lo que deja una manifestación de crecimiento personal. Este método preserva la

coherencia con el objeto de estudio, que consiste en solicitar a los sujetos de la investigación contar su vida que tenga relación con un determinado fenómeno. La construcción de una historia de vida es cómo el individuo representa los aspectos de su pasado que considera relevantes para la situación actual. El investigado relata parte de su vivencia de acuerdo a las demandas del investigador (34).

Gómez O. y Gutiérrez E. (34) refieren que hablar de narrativas no es nuevo en enfermería. Proviene del pensamiento humanista producto de la relación entre dos personas comprometidas en una vivencia y experiencia, en que se reconoce el componente fenomenológico, que surgió explícitamente como elemento central de la teoría con la situación de enfermería, la cual se define como el depósito del conocimiento. Desde las concepciones del cuidado se entiende la existencia de participantes en papeles distintos; pero en la narrativa de enfermería dominan la calidad y la intención para tener este acercamiento alrededor del cuidado de enfermería, que deja una manifestación de crecimiento personal. Aquí radica la diferencia con otras narrativas: se expresa cómo creció la persona y cómo creció la enfermera con la experiencia vivida y compartida.

Las historias de vida se han consolidado como prácticas de investigación y de formación, y han superado las críticas realizadas desde los saberes disciplinares conservadores. En este repaso histórico, son hitos importantes la invención de la imprenta, el nuevo estatuto del sujeto moderno y el papel de la escritura autobiográfica. Finalmente, en

las décadas recientes, han aparecido nuevos paradigmas que relacionan y a la vez cuestionan la hibridación entre biología, biografía y poder. En estos nuevos escenarios, las historias de vida asumen nuevas funciones como artes formadoras de la existencia (35).

Camargo A. (36) considera que la historia de vida es bastante apropiada a estudios de situaciones sociales, que envuelven todo el secreto, y hacen indispensable el conocimiento íntimo de los sujetos para hacer emerger tendencias oscuras que dan forma a realidades sociales de diversas categorías.

Pierden J. (37) considera que el objetivo del método biográfico es tener acceso a una realidad que trasciende al narrador. El relato de vida, en todo caso, es una ventana a partir de la cual podemos comprender el universo del que el narrador forma parte, que no sería más que el mundo subjetivo de los individuos en relación permanente y simultánea con procesos sociales de mayor alcance. Precisamente de esta última afirmación se desprenden las dos perspectivas que han dado vida al enfoque biográfico, en su etapa contemporánea: la etnosociológica y la hermenéutica. Si la primera intenta acceder a través de los relatos a las relaciones, las normas y los procesos que estructuran la vida social, la segunda consiste en descubrir los significados que transmiten las personas en las narraciones y, por su intermedio, las escalas de valores que organizan el accionar de los individuos.

La historia de vida como método comprende dos características básicas: a) la experiencia del autor usada de manera horizontal que

intenta encontrar padres universales de relaciones humanas y percepciones individuales y b) interpretaciones sobre el origen y funcionamiento de los fenómenos sociales, a través de articulaciones temporales siempre mediante entrevistas.

Ese método requiere que los sujetos de la investigación relaten su vida o hechos y acontecimientos vividos que marcaron su vida. La construcción de una historia de vida es el modo como el individuo representa los aspectos de su pasado que considera importantes para el fenómeno social actual.

Bertaux D. (38) define el método de historia de vida como un procedimiento que utiliza la historia de una vida, narrada al entrevistador tal cual fue experimentada por el sujeto, que dirige la investigación a centrarse en el punto de convergencia o divergencia de los seres humanos, en sus condiciones sociales, en su cultura y su praxis, en el contexto de las relaciones sociosimbólica y dinámica histórica, que denomina relato de vida (*life story*). Utiliza la noción de 'enfoques biográficos' para contextualizar, tanto teórica como metodológicamente, los estudios basados en relatos de vida; enfatiza en el valor sociológico de las experiencias humanas discutiendo con enfoques positivistas y metodologías cuantitativas.

Para Camargo A. (36), la historia de vida puede tener utilidades diversas, como autobiografía, entrevista biográfica, historia de vida como fuente complementaria de la investigación e historia de vida como apoyo de la investigación.

Veras E. (39) menciona una definición de historia de vida, hecha por Pereira de Queiroz, en 1991: “El relato de un narrador sobre su existencia a través del tiempo, intentando reconstituir los acontecimientos que vivió y transmitir la experiencia que adquirió. Narrativa linear e individual de los acontecimientos que él considera significativos, a través de la cual se delinear las relaciones con los miembros de su grupo, de su profesión, de su clase social, de su sociedad global, que cabe al investigador mostrar. De esa forma, el interés de ese último está en captar algo que trasciende el carácter individual de lo que es transmitido y que se inserta en las colectividades a que el narrador pertenece”.

En 1970 Denzin en Bertaux D. (38), sociólogo americano, acuñó los conceptos ‘historia de vida’ y ‘la historia de vida’; el primero se refiere a las narraciones o relatos simples y espontáneos que hacen los entrevistados, el segundo implica el trabajo histórico con uso de otros documentos como cuestión jurídica y médica, test psicológicos. Bertaux sugiere que se utilice la frase francesa ‘*récit de vie*’ (narrativa de vida), dentro del concepto de ‘historia de vida’ de Denzin e ‘*histoire de vie*’ como equivalencia de *life history*.

Se usa este método en la presente investigación con el concepto de *life story* o ‘historia de vida’ propuesto por Denzin, o ‘*récit de vie*’ propuesto por Bertaux, que se considera como la más apropiada para este estudio; porque se investiga a los internos de enfermería durante su experiencia del cuidado de enfermería brindado a la persona adulta, en

que esta es la fuente de datos tomando el punto de vista del sujeto, es decir, lo que cada interno de enfermería considera importante y crucial en su vida.

La historia de vida en esta línea de raciocinio lleva al investigador a salir de su pedestal de dueño del saber porque valora lo que el sujeto habla sobre su vida. No es el investigador quien tiene el control de su vida. Al contrario todo el estudio es direccionado por el entrevistado, a partir de su visión del mundo, de cómo experimenta los hechos y cómo interactúa con estos. Esta autora resalta que la *subjetividad natural de la autobiografía es lo que constituye la verdad de este género* (40).

El estudiante como sujeto formula reflexiones sobre su vida, libera su pensamiento crítico, que además de seleccionar los hechos determina el significado atribuido a ellos, y realiza un verdadero balance de su vida.

Para Glat R. (40), la diferencia del método de historia de vida con otros enfoques metodológicos es el *respeto que el investigador tiene por la opinión del sujeto*. El investigador cree en el sujeto. No es visto como objeto pasivo de estudio; al contrario, el investigador y el sujeto se complementan en una relación dinámica y dialéctica.

Corroborando esa afirmación, Camargo (30) dice que las historias de vida representan la mejor manera de comprender la cultura *desde dentro* como un todo, regido por la armonía interna, no como un

conjunto arbitrario de costumbres e instituciones, cuya realidad es apenas percibida.

Por ello enfatiza en que la historia de vida si bien es cierto permite la pérdida de confiabilidad estadística gana en fructífera interacción entre los datos empíricos y proposiciones teóricas.

Para Kohli M. (41), la construcción de una historia de vida no es una simple recolección de hechos de la vida, sino la propia imagen estructural del modo como el individuo representa aquellos aspectos de su pasado que son relevantes en su presente. Se trata de una representación e interpretación que el sujeto hace de estos hechos conforme a sus creencias, valores y demás códigos.

La técnica utilizada para recolectar datos fue la entrevista abierta en profundidad, que consiste en establecer una interacción social, que constituye el marco de las relaciones humanas, en un proceso de comunicación en que se confrontan, por un lado, el investigador con su proyecto definido y, por el otro, el entrevistado, que acepta participar en lo propuesto, y relata algo de su vivencia de acuerdo con las demandas del investigador. Es un trabajo de interpretación en virtud de la interpretación del entrevistado sobre hechos que marcaron su vida. El filtro perceptivo es determinante desde la selección de los hechos hasta algunos aspectos, e imprime en definitiva su propio sello personal y subjetivo de la narración. El narrador cuenta su vida jerarquizando, valorizando, o desvalorizando determinados aspectos y reforzando otros.

Glat R. (40), en su investigación, dice: “Toda entrevista individual saca a la luz directa o indirectamente una cantidad de valores, definiciones y actitudes del grupo al cual el individuo pertenece”. De ahí que la entrevista de historia de vida se deba prolongar, con una interacción constante entre el investigador y el informante. La observación, los relatos de los recuerdos y el plan de trabajo deben centrarse en un tema. La entrevista debe ser abierta, esto es, sin guion establecido. Se pide al sujeto para hablar libremente sobre su vida o sobre un determinado periodo o acontecimiento en el que participó (40, 42).

El entrevistado también tiene la libertad para situarse en la dirección que considere adecuada. Es una forma de explorar la situación más ampliamente. La función del entrevistador es de incentivo; lleva al informante a hablar sobre un determinado asunto, sin forzarlo a responder.

En esa dinámica, la historia de vida permite al informante retomar su vivencia de forma retrospectiva, con una exhaustiva interpretación. En ella generalmente sucede la liberación de un pensamiento crítico reprimido, que muchas veces nos llega de modo confidencial.

Pujadas en Rodríguez J. (33) refiere que utilizar la historia de vida como método implica reconocer que es una de las connotaciones del sentido común del lenguaje inusual. Para este autor, hablar de historia de vida es afirmar que la vida es una historia y que una vida es

inseparablemente de todos los acontecimientos de una existencia individual concebida como una historia y la narrativa de esa historia.

Para Bertaux D. (38), la entrevista debe ser una combinación de escuchar atentamente y preguntar. La actitud del investigador cambia durante la búsqueda; en un primer momento se muestra cuestionador y a medida que las respuestas se van dando ya sabe qué está buscando, y se torna más interesado en el nivel simbólico (valores, representaciones), concreto y particular (historia de vida).

Thompson en Bertaux D. (38) afirma que la combinación de esos dos comportamientos significa que el investigador está preparado “para recibir, tanto lo inesperado como lo esperado”, lo que quiere decir que la estructura de la entrevista es determinada no por el investigador, sino por el informante. El investigador debe estar preparado para cualquier pregunta.

El historiador de vida registra los eventos en las vidas de los participantes, incluidas las respuestas subjetivas de aquellos eventos. También son registradas las interpretaciones de los eventos de los participantes y las experiencias en sus vidas, incluidas sus percepciones de causa y efecto (38).

La empatía se debe aprovechar para que el participante cuente, no su vida pero sí un día de su vida, su rutina diaria y tome consciencia de ella, además de la confianza en el investigador (43).

Hernández R. y col. (50) mencionan que la historia de vida es un método de investigación cualitativa; se trata del relato biográfico

obtenido por el investigador mediante entrevistas sucesivas, en las que el objetivo es mostrar el testimonio subjetivo de una persona, en la que se recogen tanto los acontecimientos como las valoraciones que esa persona hace de su propia existencia. La historia de vida nos permite conocer íntimamente a las personas, ver el mundo a través de sus ojos e introducirnos en sus experiencias.

El método de historia de vida en enfermería fue utilizado a partir de la década de los noventa, enfocado en una diversidad de temas. Así, varios autores han utilizado este método en sus estudios, conforme a la experiencia de trabajo y el objeto seleccionado para la investigación.

3.3 Sujetos de la investigación

El estudio tuvo por participantes a nueve internos de enfermería que realizaban su práctica hospitalaria en la rotación de cirugía, con un tiempo de internado no menor a tres meses y que aceptaron participar en el estudio.

Para caracterizar a los internos de enfermería participantes en el estudio, se asignó un código que permitió mantener el anonimato en la investigación y que se relaciona con el orden de la identificación realizada en la entrevista.

Para facilitar la comprensión del lector, los datos de identificación de los estudiantes entrevistados se presentan en la siguiente tabla:

N.º	SEUDÓNIMO	EDAD	ESTADO CIVIL	TRABAJA
1.	ADA	20	S	No
2.	BLANCA	21	S	No

3.	CAMILA	20	S	No
4.	DIANA	24	S	No
5.	ELIA	22	S	No
6.	FIONA	21	S	No
7.	GEMA	24	C	No
8.	HILDA	23	S	No
9.	IRMA	22	S	No

3.4 Escenario de la investigación:

El estudio se realizó en los servicios de cirugía del hospital Belén de Trujillo, fundado el 11 de mayo de 1551, en cabildo abierto con el nombre de hospital Santiago, ubicado junto a la ermita de Santa Ana, hoy iglesia de Santa Ana), en terrenos donados por don Juan de Sandoval (esposo de la filántropa dama peruana doña Florencia de Mora). Cambió de nombre por el de hospital Belén algunos años después.

En 1962 vinieron a Trujillo los hermanos de San Juan de Dios, quienes tomaron a su cargo el hospital, y permanecieron poco tiempo en Trujillo, y al irse, este nosocomio volvió al régimen de los mayordomos. En 1860 llegaron a Trujillo los padres belenistas, quienes construyeron a mediados del siglo XVIII la actual iglesia Belén y administraron el hospital hasta mediados del siglo pasado. A partir del 15 de noviembre de 1995 pasó a responsabilidad de la arquidiócesis de Trujillo, después de que el gobierno regional financiara su restauración completa (45).

Se convierte en Hospital de Beneficencia en 1874. En 1878 llega a la ciudad de Trujillo la congregación religiosa las Hijas de la Caridad San Vicente de Paul, que es contratada para que administre el hospital

Belén hasta 1966. En enero de 1977, el hospital Belén es transferido al Ministerio de Salud (45).

El servicio de cirugía está dividido en cirugía A (mujeres) y cirugía B (hombres); cada uno cuenta con cincuenta camas de hospitalización para las diferentes especialidades quirúrgicas (cirugía general, traumatología, neurocirugía, cirugía pediátrica, cirugía de tórax y cardiovascular, urología, cirugía plástica y quemados). Estos servicios se ubican en la parte delantera del hospital considerando que la puerta principal está en el jirón Bolívar, los servicios de cirugía están en el primer nivel, cada servicio cuenta con ocho enfermeras, siete técnicos de enfermería y una enfermera coordinadora para cada servicio, llámense cirugías A y B.

Las entrevistas se realizaron en la oficina de la enfermera coordinadora del servicio de centro quirúrgico por considerarse un área neutral para que el interno de enfermería no se sienta influenciado por el ambiente ni el personal que pudiera estar a su alrededor.

3.5 Procedimiento de recolección de datos

3.5.1 Técnica de recolección de datos

La recolección de datos se hizo a través de la entrevista abierta en profundidad, que, de acuerdo con Bertaux D. (38), debe ser una combinación de escucha atenta y cuestionamiento porque el sujeto no relata simplemente su vida, sino que reflexiona sobre ella en cuanto cuenta.

Minayo M. (46) define la entrevista como un procedimiento organizado, a través del cual el investigador busca obtener información contenida en las declaraciones de los actores sociales –internos de enfermería– dándoles la oportunidad de hablar sobre el asunto propuesto con toda libertad de expresión, de manera espontánea y sincera.

La entrevista, que es una conversación libre pero basada en preguntas, permite la interacción social. La persona es invitada a hablar de su práctica en el servicio de cirugía como interno de enfermería, con la siguiente pregunta motivadora: “Háblame sobre tu vida que tenga relación con las experiencias en el cuidado brindado a la persona adulta durante la práctica en el servicio de cirugía”.

El procedimiento a seguir para realizar la entrevista consiste en crear las condiciones más favorables para garantizar la comodidad de nuestro informante: intimidad, espacio familiar. Estimular positivamente las ganas de hablar de nuestro informante destacando la significación científica de su contribución, haciéndole sentir la importancia de su testimonio para nuestro proyecto. Una regla de oro: el encuestador no debe hablar nada más que lo que sea indispensable, para lo cual hay que hacer sobre toda una labor de cerrar huecos, y estar atento a si el sujeto pierde el hilo principal de su discurso. Evitar dirigir excesivamente la entrevista, por medio de preguntas demasiado concretas y cerradas (47).

3.5.2 Procesamiento de los datos

Las entrevistas fueron desarrolladas en el hospital Belén de Trujillo, donde los internos de enfermería realizan sus prácticas hospitalarias, previa coordinación con el director de la institución y la coordinadora del internado de la UPAO, a quienes se les informó sobre el objetivo y la metodología del trabajo de investigación. Asimismo se hizo una presentación inicial con cada uno de los estudiantes, a quienes se les solicitó su participación voluntaria en el estudio.

El periodo de desarrollo de las entrevistas fue entre mayo y octubre del 2013. Las entrevistas se desarrollaron de manera individual con cada uno de los internos de enfermería, a quienes se les informó inicialmente sobre los objetivos de la investigación, se les garantizó la privacidad y confidencialidad de sus informaciones grabadas. Se firmó previamente el consentimiento informado, mediante el cual los participantes de la investigación fueron capaces de comprender y de ejercer su libre albedrío, y aceptar voluntariamente la invitación a participar. El audio se utilizó con la finalidad de obtener mayor veracidad de los datos, ya que la reproducción a través de la memoria y las anotaciones no son tan confiables.

De acuerdo a la orientación metodológica, el cuestionario se inició siempre con la pregunta motivadora “Háblame sobre tu vida que tenga relación con las experiencias en el cuidado brindado a la persona adulta durante la práctica en el servicio de cirugía”, y terminó cuando se consideró que no había nada más que ampliar al respecto. El tiempo de

duración de las entrevistas variaron entre 30 y 40 minutos, y fueron nueve los entrevistados.

Posteriormente se realizó el análisis de los discursos de los relatos de los estudiantes. El proceso analítico empleado fue el análisis de contenido, que consiste en reportar en cada relato de vida los pasajes concernientes a tal o cual tema, con el objetivo de comparar después los contenidos de esos pasajes de un relato a otro (38).

El análisis de contenido consiste en descubrir los núcleos de sentido que componen la comunicación y cuya frecuencia de aparición pueden significar algo para el objetivo analítico seleccionado.

Según Bardin L. (48), 'tema' es la unidad de significación que se libera naturalmente de un texto analizado según criterios relativos a la teoría que sirve de guía a la lectura.

Los datos recolectados se revisaron con el análisis de contenido, que permitió sistematizar la información y ejecutar tres etapas:

- a) La del preanálisis, que es la organización de las entrevistas y su selección.
- b) La descripción analítica, en la que las entrevistas son analizadas en profundidad en base a los referentes teóricos o hipótesis. Se crean los temas de estudios, se categorizan y codifican.
- c) Interpretación referencial, que revela a partir de datos empíricos o de la información recolectada las relaciones entre el objeto de análisis y su contexto más amplio, y lleva a reflexiones que

pueden generar nuevos paradigmas, estructuras y relaciones a estudiar (49).

3.6 Consideraciones éticas y de rigor científico

3.6.1 Consideraciones éticas

Durante el desarrollo de la investigación se respetaron y cumplieron los criterios de (50):

a) Anonimato

Se hicieron las entrevistas indicando a los internos que se conservaría el anonimato y que la información obtenida se utilizaría solo para fines de la investigación.

b) Privacidad

Toda la información recibida en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitó que se expusiera por respeto a la intimidad de los internos, pues solo es útil para fines de la investigación.

c) Honestidad

Se informó a los participantes los fines de este trabajo, cuyos resultados se encuentran plasmados en el presente estudio.

d) Consentimiento

Solo se trabajó con los internos que aceptaron voluntariamente participar en esta investigación.

3.6.2 Rigor científico

El 'rigor' es un concepto transversal en el desarrollo de un proyecto de investigación que permite valorar la aplicación escrupulosa y científica

de los métodos de investigación, y de las técnicas de análisis para obtener y procesar los datos (49).

a) Credibilidad

El criterio de credibilidad o valor de la verdad, también denominado autenticidad, es un requisito importante que permite evidenciar los fenómenos y las experiencias humanas, tal y como los perciben los sujetos. Se refiere a la aproximación que los resultados de una investigación deben tener en relación con el fenómeno observado. Así, el investigador evita hacer conjeturas a priori sobre la realidad estudiada. Este criterio se logra cuando los hallazgos son reconocidos como ‘reales’ o ‘verdaderos’ por las personas que participaron en el estudio, por aquellas que han servido como informantes claves y por otros profesionales sensibles a la temática estudiada. En el presente estudio se recolectarán los datos a través de grabaciones de voz que se transcribirán por completo sin omitir o agregar información. Todo el proceso seguirá los pasos necesarios para mantener constantemente la confianza, y la información que se obtenga se apegará a la verdad y cumplirá con el objetivo propuesto.

b) Transferibilidad

Consiste en poder transferir los resultados de la investigación a otros contextos. Si se habla de transferibilidad se tiene en cuenta que los fenómenos estudiados están íntimamente vinculados a los momentos, a las situaciones del contexto y a los sujetos participantes en la investigación. La manera de lograr este criterio es a través de una

descripción exhaustiva de las características del contexto en que se realiza la investigación y de los sujetos participantes. Los resultados de la investigación en curso serán transferibles y se describirá oportunamente todo el contexto de la realidad según como lo perciban los participantes.

c) Consistencia

Conocido a su vez como replicabilidad, este criterio hace referencia a la estabilidad de los datos. A lo largo del presente estudio de investigación se hará comparación constante con resultados emergentes y con teorías previamente formuladas.

d) Confirmabilidad

Según este criterio, los resultados de la investigación deben garantizar la veracidad de las descripciones efectuadas por los participantes. La confirmabilidad permite conocer el papel del investigador durante el trabajo de campo, e identificar sus alcances y limitaciones para controlar los posibles juicios o críticas que suscita el fenómeno o los sujetos participantes. Para lograr la objetividad, el instrumento de recolección de datos reflejará los objetivos del estudio, se harán transcripciones textuales de las entrevistas, la escritura de los resultados se contrastará con la literatura existente sobre el tema respetando la citación de las fuentes.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

El procesamiento de los datos consistió en sistematizar las informaciones para el análisis y la discusión de los resultados.

Se describió inicialmente la dinámica del tratamiento de los datos para caracterizar las categorías temáticas y se optó por el tipo de categorías temáticas, por considerar una técnica que permite evidenciar las ‘unidades de significado’, elementos de significación constitutiva de los mensajes que componen la comunicación, y cuya presencia o frecuencia de aparición puede significar algo para el objetivo analítico seleccionado (48).

Los datos fueron procesados en cinco principales etapas, que se presentan a continuación para efecto didáctico, dado que algunas de ellas, en la práctica, ocurrieron simultáneamente:

- a) Reproducción escrita de las grabaciones de las entrevistas, envolviendo la digitación de todo el contenido de los audios;
- b) Lectura minuciosa de todo el material transcrito;
- c) Lectura de los relatos de cada interno de enfermería sobre los temas trabajados de todo el material para sentir lo que había de semejante o no en sus narrativas;
- d) Destaque de las ideas centrales (temas) dadas por los entrevistados, relativas a cada cuestión, identificadas a través de códigos (colores) que las representaban. Es importante registrar que para agrupar las categorías utilizamos una técnica de subrayado colorido computacional,

que garantizó la credibilidad de la separación de los relatos, y al mismo tiempo facilitó la identificación de las ideas centrales. Esto equivale a decir que se construyó un mapeo de las ideas significativas constantes en los relatos, identificadas por colores diferentes, lo que nos permitió clasificar las características comunes. Al final de este primer procedimiento se tuvieron 34 unidades temáticas que permitieron luego construir las unidades de significado, que

- e) Consistió en recortar las informaciones que componían las categorías elaboradas a partir del referencial teórico y de la investigación empírica. Después de este proceso de clasificación, emergieron cuatro categorías temáticas, las cuales se presentan a continuación:

1.^a categoría: Experiencias complejas al inicio del cuidado de la persona adulta hospitalizada.

2.^a categoría: Desadaptación en el servicio de cirugía para el cuidado de la persona adulta hospitalizada.

3.^a categoría: Interiorizando y conceptuando el cuidado brindado a la persona adulta hospitalizada.

4.^a categoría: Sintiendo satisfacción en el aprendizaje al brindar cuidado a la persona adulta hospitalizada.

4.2 Análisis y discusión de resultados

1.ª categoría: Experiencias complejas al inicio del cuidado de la persona sometida a intervención quirúrgica.

Esta categoría se elaboró en base a los discursos de los internos de enfermería, quienes manifiestan que las prácticas del cuidado de la persona adulta hospitalizada en el servicio de cirugía son difíciles, por la rutina establecida en el servicio, con prácticas del cuidado agotadoras por el exceso de personas hospitalizadas, no saber organizarse en un servicio sin supervisión permanente de la docente, pues se sienten nerviosos y con dudas, tal como se evidencia en los testimonios.

“...al principio fue un poco difícil porque tenía que adaptarme al ritmo de las demás enfermeras de cómo se hacía el trabajo diariamente, qué es lo que tenía que hacer, pero de allí ya fue fácil...”.

ADA

“...al principio es cansado porque en cirugía hay varios pacientes...”.

ELIA

“...al principio todo era un ‘champú’, o sea no sabía por dónde empezar, ya después tomé un orden y ya me había acostumbrado a hacer una rutina y empezar de forma ordenada a trabajar...”.

FIONA

“...se empieza con mucho nerviosismo porque de hacer prácticas a entrar a prácticamente hacer un trabajo que tú lo tienes que hacer sola sin docente y a medida que van pasando los días te vas adaptando... Al principio es traumante”.

GEMA

“Al principio con un poco de duda por el mismo hecho de las mismas barreras que nos ponen las enfermeras, pero de allí simplemente es decir: ahora es tu oportunidad lo puedes hacer, y si tienes alguna duda preguntas”.

HILDA

“...sentí un poco de temor por la responsabilidad que me iba a tocar, porque era algo nuevo para mí porque ya dejé prácticamente de ser alumna y la presión que se siente, ¿no?, que la enfermera esté prácticamente, ellas piensan que ya lo sabes todo cuando recién estás iniciando...

...yo he sentido mucha presión porque la enfermera asistencial te deja todo el cargo...

...al inicio mucha presión, muchos nervios porque —como repito— es algo nuevo para mí”.

IRMA

El contacto con espacios nuevos, en este caso en el desempeño como interno de enfermería, genera en la persona diversidad de experiencias vividas de manera particular; sin embargo, según este contexto, algunos de los internos comparten situaciones similares que desarrollan en sus prácticas diarias, lo que les permite reforzar y aprender nuevos conocimientos.

Es de mucha importancia considerar los momentos vividos por los internos de enfermería, y como ellos toman estas experiencias, se rescatan de esta categoría situaciones de nerviosismo, temor y ansiedad. La ansiedad es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloban aspectos subjetivos o cognitivos, de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico, aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptivos. La ansiedad tiene una función muy importante en relación con la supervivencia, junto con el miedo, la ira, la tristeza o la felicidad (51).

El grupo profesional de la salud es más vulnerable para desarrollar ansiedad en su práctica hospitalaria diaria, pero quien lo constituye en particular es el profesional de enfermería, debido a que se caracteriza por el manejo de situaciones críticas, por su desempeño eficiente y efectivo. De ahí que diversos autores hayan señalado que esta profesión conlleva a una gran responsabilidad y, por ende, a presiones, conflictos y cambios continuos en el desempeño de las actividades asistenciales (6).

Magela G. (7) encontró que los estudiantes presentan algunas dificultades cuando tienen contacto físico con las personas hospitalizadas, situación que se presenta durante los procedimientos para el cuidado de la persona, momento en que viven emociones positivas, como placer, y negativas, como angustia, inseguridad, miedo

y vergüenza. Por ello propone que los docentes tengan preparación para desempeñar sus actividades con competencia técnica, científica, concientizándose en la importancia del uso de la tecnología de un cuidado humanizado.

Coronado Y. y Ascanio T. (52) encontraron que las enfermeras que laboran en las unidades quirúrgicas de un hospital público están sometidas a situaciones que pueden causar estrés, como la responsabilidad del trabajo, espacio inadecuado o insuficiente para las labores a realizar, falta de personal para atender adecuadamente el servicio, sobrecarga de trabajo y otras más. Tales eventos o condiciones estresantes que confronta el personal de enfermeras del área quirúrgica pueden arrojar consecuencias que inciden en el deterioro eminente de su salud, en todas las esferas biopsicosocial, y, por ende, una degradación del desempeño laboral que afecta al mismo equipo de salud y también al usuario de esta unidad quirúrgica.

Ello evidencia que no solo el interno de enfermería se encuentra bajo esta presión, sino que también lo está el profesional de enfermería con toda la experiencia profesional que pueda tener. Considerando que el interno de enfermería está en el proceso final de la formación del pregrado es propio que presente una desadaptación al inicio de sus prácticas frente a situaciones similares que puede haberlas vivido como estudiante, pero no tiene el mismo entorno al verse relativamente solo, sin la presencia de la enfermera docente, a quien le tiene confianza por ser su maestra.

Además está la gran responsabilidad que se le presenta con la persona hospitalizada, que es un ser humano que necesita frecuentemente cuidados que preserven su salud física y mental, por lo que requiere establecer una estrecha relación con alguien a quien confiar sus dificultades, preocupaciones, dolencias y sus crisis de desaliento, y otorgar la oportunidad del cuidado de su salud al interno de enfermería. Por otro lado, las enfermeras del servicio adoptan actitudes diversas, que van desde la desconfianza de la capacidad del interno de enfermería hasta la plena confianza de que este interno de enfermería conoce todo lo relacionado al paciente y las peculiaridades de los procesos administrativos que corresponden al servicio.

2.ª categoría: desadaptación en el servicio de cirugía para el cuidado de la persona adulta hospitalizada

En esta categoría, el interno de enfermería manifiesta su preocupación porque tiene que brindar cuidado al paciente de manera rápida, e intenta hacerlo de la forma correcta; pero no cuenta con los materiales necesarios ni el tiempo suficiente porque hay muchas personas hospitalizadas y debe estar con todos; se siente sobrecargado de trabajo, porque le dejan todas las actividades a su cargo.

“...el cuidado sí ...tiene que hacerse siempre a velocidad, rápido porque hay tantos pacientes y uno quiere dar lo mejor, el mejor trato al paciente, el mejor cuidado, pero como a veces está saturado el servicio no se puede, pero se intenta cubrir todas las necesidades que requiere el paciente”, “...con algunas deficiencias ya que no contamos con todos

los materiales para poder realizar todos los procedimientos que se quería hacer con un paciente”.

“...en el trato con algunas enfermeras había un clima de confianza con otras, no con un poquito de temor pero después todo bien durante mi rotación...”.

ADA

“...falta tiempo y no podemos cumplir con todo lo que el cuidado de enfermería requiere para ser holístico...”, “...conversar u orientar no se puede porque son varios; estar de uno en uno nos falta el tiempo”.

DIANA

“...el trabajo es más pesado que cuando uno es practicante...”.

FIONA

“Como interna hay un límite que nos pone la enfermera a cargo, ya que no nos dejan, tienen cierta desconfianza...”, “...nos tienen de rotación en rotación, y nosotras cuidando al paciente, solas nosotras, tenemos ciertos miedos por el mismo hecho de que no nos dejan cuidar al paciente”.

HILDA

“...ya uno tiene que estar concientizado que tiene que hacer las cosas bien, enfocado en el paciente, siempre viendo las cosas que vas a hacer, primero organizarte en el sentido emocional...”.

“...muchas veces no sabes qué hacer porque sientes que cometes un error y te van a gritar o te van a resonar o lo van a llevar al extremo quizá...”.

IRMA

El interno reconoce que el conocimiento influye en su desempeño, y se traduce en emociones y sentimientos. Estos tienen un efecto tanto en la experiencia de la transición como en el resultado de esta. El sufrimiento es una emoción que se presenta de manera más intensa al inicio de la experiencia. Es un desafío para el estudiante quedarse solo en este proceso de transición entre su rol de estudiante y el del profesional. Esta emoción al inicio de la experiencia de transición predomina en este periodo, resultante de la gran cantidad de labores y roles que este debe realizar, proceso de transición que propicia en el interno de enfermería un desajuste en la adaptación (8).

La adaptación viene a ser los cambios que se van produciendo en el organismo como consecuencia de la presencia más o menos mantenida de un estresor o situación de estrés. La adaptación constituye un proceso de tipo fisiológico que afecta a un organismo que durante un determinado plazo ha mostrado una notable evolución por medio de la selección natural (53).

Cuando se habla de la adaptación del individuo, se menciona al hecho de que este ha podido acomodarse a las condiciones de su entorno; la adaptación se produce cuando el individuo se habitúa a múltiples circunstancias y condiciones (54).

Por otro lado, el individuo desadaptado es incapaz de enfrentarse a las tensiones de la vida en sociedad y a sus exigencias psíquicas y físicas. En la vida colectiva y social, la desadaptación se ve favorecida por el estrés, situación que puede conducir a la marginalidad, sin embargo aparece la adaptación pasiva, que involucra el entorno y las circunstancias, y la adaptación activa e interactiva, donde se incluye adaptar el entorno a las propias necesidades y demandas, y con eso hacerlo vivible y habitable (55).

Años de investigación demuestran que con cantidad suficiente de personal de enfermería se mejora directamente la seguridad del paciente, los resultados de salud y la calidad de los cuidados. Sin embargo, en Canadá, como en muchos otros países del mundo, las enfermeras siguen experimentando cargas de trabajo excesivas, y los pacientes y las familias sufren a consecuencia de ello (53).

En esta categoría se refleja que los internos de enfermería se sienten abrumados por la carga de trabajo del servicio de cirugía y su gran preocupación es brindar el cuidado como lo aprendieron; sin embargo no tienen el tiempo suficiente como ellos mismos lo expresan: "...tiene que hacerse siempre a velocidad, rápido, porque hay tantos pacientes y uno quiere dar lo mejor, el mejor trato al paciente, el mejor cuidado...".

ADA

El tiempo les parece corto porque hay muchos pacientes y no tienen los materiales suficientes para brindar el cuidado como quisieran. Esta situación hace que los internos se sientan ansiosos porque al brindar el

cuidado a la persona de forma rápida tienen temor a equivocarse. Sin embargo identifican que es un ambiente conocido, pero bajo circunstancias diferentes, situación que les permite ubicarse en el lugar y usar sus conocimientos y experiencias previas para brindar el cuidado a la persona que lo requiera aun bajo la presión existente por la cantidad de personas con intervención quirúrgica y la restricción de materiales requeridos.

3.ª categoría: Interiorizando y conceptuando el cuidado brindado a la persona adulta hospitalizada

En esta categoría, el interno de enfermería identifica que ser cuidador es satisfacer las necesidades del ser humano brindándole cuidado en todas sus dimensiones y considerando a la persona como un todo, no solo enfocándose en la patología motivo de su hospitalización.

“Ser cuidador es cuidar al paciente holísticamente todo lo que es la operación y también cómo el paciente está emocional, espiritualmente, un cuidado holístico como siempre nos han enseñado yo siento que hice todo el trabajo, pero a las enfermeras les falta un poquitito más...”.

BLANCA

“Cuidar significa dar al paciente todo lo que él necesita tanto a nivel espiritual como también en lo psicológico cubrir todas sus necesidades que él tiene...”.

CAMILA

“...cuidado significa satisfacer cada una de las necesidades del paciente en los momentos que sale, por ejemplo, de una sala de operación tanto en el trato humanitario que se le puede brindar es primordial darle todos los cuidados tanto en el trato biológico como holísticamente...”, “...el

cuidado de darle una administración de tratamiento sino la parte emocional...”.

ELIA

“Primero satisfacer la necesidad del paciente, no solamente enfocarme en la parte, en la patología sino enfocarnos en los otros... en lo espiritual...”.

FIONA

“Requieren de mucho cuidado, de mucha atención... su tratamiento también en la parte emocional”, “...cuidarlo en sentido holístico en las cinco dimensiones”.

GEMA

“Satisfacer la necesidad del paciente, no solamente enfocarme en la patología, sino también enfocarnos en los otros... en lo espiritual”.

HILDA

“...al momento de que empecé el cuidado empecé a administrar medicamentos y todo eso... es una responsabilidad primero y otro para mí es algo bonito que yo puedo hacer por otra persona...”, “...elegí enfermería para brindar cuidados, y yo me siento bien cuidando a otra persona siempre pensando que puede ser tu familiar...”.

“...si me siento bien cuidando al paciente realizando sus cuidados, bañándolo quizás enfocado en el paciente...”.

IRMA

En esta categoría se rescata que el interno de enfermería en una realidad diferente a la que tuvo como estudiante no pierde el enfoque frente a la persona que tiene a su cargo, y por ello identifica que debe brindarle cuidado en todas sus dimensiones.

El cuidado de enfermería promueve y restaura el bienestar físico, síquico y social, además de que amplía esas posibilidades, así como las capacidades para asociar diferentes posibilidades de funcionamiento factibles para la persona. El cuidado de enfermería debe ser un soporte para vivir bien, promoviendo condiciones para una vida saludable y para el beneficio del bien común (54, 55).

El cuidado se enfoca específicamente en que las enfermeras profesionales sean las responsables de planificar y ejecutar cuidados. Ellas deben saber qué cuidados deben ofrecer desde que están en contacto con el sujeto que solicita el cuidado. Así, hablar de un método para su aplicación nos lleva a la reflexión de que se requiere de un marco conceptual para construir su organización. La enfermera reconoce y da significado al término 'cuidado' como la esencia de la profesión; sin embargo, la incomprensión sobre lo que es el cuidado trasciende en los cuidados que la enfermera proporciona a la persona en la actualidad (55).

Daza R. y Medina L. (59), en un estudio realizado en profesionales de enfermería, encontraron que el cuidado no tiene un concepto único ni homogéneo, se encuentra una tendencia hacia una acción encaminada a recuperar el estado de bienestar mediante la

planificación y evaluación de actividades. Aunque se reconoce el cuidado como propio de la profesión, se resalta la intervención terapéutica, por cuanto enfatiza en la resolución de la situación patológica identificada en la persona enferma. En relación con la forma como se aborda el cuidado, encontraron que la tendencia estuvo orientada a valorar las necesidades básicas y a utilizar el proceso de enfermería como herramienta fundamental que permite cómo planear, organizar, ejecutar y evaluar el cuidado brindado a los pacientes. También enfatizan en la importancia de brindar un cuidado personalizado.

El ser humano como un ser de cuidado nace con ese potencial; por lo tanto, todas las personas son capaces de cuidar, como una acción moral, impregnada de valores y de sentimientos, como cualidad existencial, ya que es parte del ser y le da la condición humana. El cuidado humano es una forma de ser, de vivir y de expresarse, de comprometerse con el mundo y contribuir con el bienestar general, con la preservación de la naturaleza, de la dignidad humana y de nuestra espiritualidad (19, 60).

Esa definición da al cuidado una dimensión amplia e integradora, que implica la necesidad de un abordaje que contemple a las personas en todas sus dimensiones: biológica, psicológica, social y espiritual. Así, pues, cuidar en el sentido más amplio necesita ser vivido; las experiencias solo se vuelven significativas después de haber sido vividas, y cuando el pensamiento puede tomarlas como objeto y

transformarlas en símbolos, lo cual el ser humano almacena a través del lenguaje.

Así, el interno de enfermería en su práctica identifica que debe cuidar a la persona considerando varios aspectos o dimensiones, no solo la dimensión física. A pesar de lo sobrecargado de la actividad que desarrolla trata de dar cuidado de enfermería satisfaciendo las carencias que se presentan en la persona teniendo en cuenta el cuidado, según lo mencionado en las declaraciones de los internos.

El cuidado desarrolla en el interno de enfermería un comportamiento de compasión, solidaridad, ayuda en el sentido de promover el bien para brindar bienestar, sin dejar de lado que debe poseer una gama de conocimientos científicos, pensamiento crítico, sensibilidad y actitudes de cuidado, con la finalidad de buscar el bienestar, la integridad moral y la dignidad de la persona.

4.ª categoría: Sintiendo satisfacción en el aprendizaje al brindar cuidado a la persona adulta hospitalizada

En esta categoría encontramos que los internos de enfermería expresan que la experiencia del internado fue muy bonita, se sintieron útiles, aprendieron de las enfermeras y pudieron aplicar todo lo aprendido en la universidad, a tal extremo que eran reconocidos como unos profesionales.

“Bueno, me ha tocado una experiencia muy bonita, muy agradable, he aprendido mucho de las enfermeras, que apoyan en el aprendizaje”.

BLANCA

“Bueno, mi experiencia ha sido bonita, he podido aplicar lo que me han enseñado tanto en la universidad como también he aprendido lo que algunas enfermeras me han enseñado; he adoptado algunos conocimientos que tienen ellas. Por eso le digo que ha sido bonito porque yo he podido desempeñarme bien, ha habido momentos en que me han dejado sola en el servicio y he podido hacer las cosas, todo, ¿no?, y valorar al paciente, administrar su tratamiento y también hubo una vez una enfermera que me dijo muy bien, y ya te desempeñas como toda una profesional, y sí me gustó mucho, bonita experiencia”.

CAMILA

“El cuidado de enfermería que he brindado en este servicio ha sido muy satisfactorio, me he sentido bien...”.

DIANA

“...me he sentido útil...”.

ELIA

“...muy grato para mí brindar el cuidado al paciente adulto...”, “...es una experiencia muy bonita como interna de enfermería”.

GEMA

“...experiencia que tuve para qué me fue bien, la enfermera que me tocó gracias a Dios me supo orientar...”, “...te sientes bien porque hay enfermeras que saben reconocer lo que tú haces; bueno, y te felicitan, ¿no?, y para mí es una satisfacción porque sí me ha pasado que me han felicitado como también me han resonrado quizá por el tipo de enfermera que te toca. No todas son iguales, ¿no?, pero sí me sentí bien porque ya estás a un paso de ser una licenciada y tienes que estar

concientizada que ya eres una enfermera, y no debes cometer errores sobre todo con el paciente porque con el paciente el mínimo error le puede costar la vida...”.

IRMA

El interno de enfermería al realizar sus prácticas del cuidado de la persona adulta hospitalizada identifica que sigue aprendiendo, y en ese proceso encuentra satisfacción de aprender y brindar cuidado en un nivel profesional.

El aprendizaje es el proceso de adquisición de conocimientos, habilidades, valores y actitudes, posibilitado mediante el estudio, la enseñanza o la experiencia; ese proceso puede ser entendido a partir de diversas posturas. El aprendizaje depende de factores diversos: capacidad, motivación, conocimientos previos, o estrategias de aprendizaje (61).

Cuando este aprendizaje se torna motivador y productivo, la persona siente satisfacción, entendida esta como un estado mental que se produce por la optimización de la retroalimentación cerebral. Diferentes regiones del cerebro compensan su potencial energético y brindan la sensación de plenitud. Al alcanzar la satisfacción, el funcionamiento mental del ser humano se encuentra en armonía, lo que contribuye a su felicidad (62). La satisfacción es aquella sensación que el individuo experimenta al lograr el restablecimiento del equilibrio entre una necesidad o grupo de necesidades y el objeto o los fines que

las reducen. Es decir, satisfacción es la sensación del término relativo de una motivación que busca sus objetivos (63).

Infante M. (64), en su estudio cualitativo “Develando los valores, los objetivos vitales y las actitudes hacia su formación profesional y personal de los estudiantes de Enfermería de una universidad pública de Lima”, encontró que el interno termina identificándose con la carrera no obstante ser estresante y agotadora, pues considera sentirse a gusto con la carrera de Enfermería, aunque reconoce que es muy exigente. A pesar de esta sensación agobiante que tiene producto de la exigencia en su formación, se siente bien al vislumbrar lo que es ser enfermero, y la valoración y amor que tiene por su carrera.

La motivación para brindar el cuidado apropiado actúa como fuerza impulsora en el interno de enfermería, se convierte en el elemento de importancia en las prácticas del cuidado de la persona adulta hospitalizada, cobra un especial valor en el proceso del internado, ya que en este periodo de actividad el interno complementa su aprendizaje y refuerza sus experiencias adquiridas durante su formación en un medio que termina produciéndole satisfacción

Las expresiones dadas por los internos de enfermería convergen cuando opinan que la experiencia fue bonita, sintieron satisfacción después de enfrentar situaciones difíciles y estresantes, y consideran que lo vivido les ha permitido consolidar su vocación y reforzar su aprendizaje.

V. CONSIDERACIONES FINALES

El presente estudio permitió analizar las experiencias vividas por el interno de enfermería en el cuidado de la persona adulta hospitalizada en el servicio de cirugía a partir de su historia de vida, lo que constituye la base para el cuidado integral del adulto.

El estudio evidenció que los internos presentaron experiencias complejas al inicio del cuidado de la persona adulta hospitalizada; el contacto con espacios nuevos, en este caso en el desempeño como interno de enfermería, genera una diversidad de experiencias vividas de manera particular por cada individuo.

Sin embargo, en este contexto algunos de los internos comparten situaciones similares que desarrollan en sus prácticas diarias, lo que les permite reforzar y aprender nuevos conocimientos. En este ambiente se rescatan situaciones de nerviosismo, temor y ansiedad, en que esta última es una respuesta emocional que engloba aspectos subjetivos o cognitivos, de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico, aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos.

El interno de enfermería se encuentra bajo la presión del trabajo excesivo en el servicio, y si se considera que aún está en el proceso final de la formación del pregrado es propio que presente una desadaptación al inicio de sus prácticas frente a situaciones similares que puede

haberlas vivido como estudiante, pero no tiene el mismo entorno al verse relativamente solo, sin la presencia de la enfermera docente, a quien le tiene confianza por ser su maestra.

Además está la gran responsabilidad que se le presenta con la persona hospitalizada, que es un ser humano que necesita cuidados que preserven su salud física y mental, por lo que requiere establecer una estrecha relación con alguien a quien confiar sus dificultades, preocupaciones, dolencias y sus crisis de desaliento, y le otorga la oportunidad del cuidado de su salud al interno de enfermería.

Por otro lado, las enfermeras del servicio adoptan actitudes diversas, que van desde la desconfianza por la capacidad del interno de enfermería hasta la plena confianza en este interno de enfermería, que conoce todo lo relacionado al paciente y las peculiaridades de los procesos administrativos que corresponden al servicio.

Se encuentra además una desadaptación del interno en el servicio de cirugía para el cuidado de la persona adulta hospitalizada, motivada por su preocupación por brindar cuidado al paciente de manera rápida, intentando hacerlo de la forma correcta; pero no cuenta con los materiales necesarios ni el tiempo suficiente porque hay muchas personas hospitalizadas y debe estar con todos, se siente sobrecargado de trabajo porque le dejan todas las actividades vinculadas al enfermo a su cargo.

El interno reconoce que el conocimiento influye en su desempeño, y se traduce en emociones y sentimientos. Estos tienen un

efecto tanto en la experiencia de la transición como en el resultado de esta. El sufrimiento es una emoción que se presenta de manera más intensa al inicio de la experiencia. Es un desafío para el estudiante quedarse solo en este proceso de transición entre el rol de estudiante y el rol profesional que propicia en el interno de enfermería un desajuste en la adaptación.

Cuando se habla de la adaptación del individuo, se menciona el hecho de que este ha podido acomodarse a las condiciones de su entorno. La adaptación se produce cuando el individuo se habitúa a múltiples circunstancias y condiciones (54).

Esta desadaptación que el interno de enfermería siente obedece a la carga de trabajo del servicio de cirugía, y su gran preocupación es brindar el cuidado a los pacientes como aprendió.

El tiempo le parece corto porque hay muchos pacientes, y no tiene los materiales suficientes para proporcionar el cuidado como quisiera. Esta situación hace que se sienta ansioso, pues al brindar el cuidado a la persona de forma rápida el margen de equivocación es mayor. Sin embargo identifica que es un ambiente conocido, pero bajo circunstancias diferentes, situación que le permite ubicarse en el lugar y emplear sus conocimientos y experiencias previas para brindar el cuidado a la persona que lo necesite aun bajo la presión existente por la cantidad de personas con intervención quirúrgica y la restricción de materiales requeridos.

Hay otro momento en el cual el interno de enfermería interioriza y conceptúa el cuidado que brinda a la persona adulta hospitalizada, e identifica que ser cuidador es satisfacer las necesidades del ser humano a su cargo brindando cuidado en todas sus dimensiones y considerando a la persona como un todo, no solo enfocándose en la patología que motivó su hospitalización. Hay que rescatar que el interno de enfermería en una realidad diferente a la que tuvo en su calidad de estudiante no pierde el enfoque frente a la persona que tiene a su cargo, y por ello identifica que debe brindarle cuidado en todas sus dimensiones.

El ser humano como un ser de cuidado nace con ese potencial; por lo tanto, todas las personas son capaces de cuidar, como una acción moral, impregnada de valores, y de sentimientos, como cualidad existencial, ya que es parte del ser, lo que le da la condición humana. El cuidado humano es una forma de ser, de vivir y de expresarse en su compromiso de estar con el mundo y contribuir con el bienestar general, en la preservación de la naturaleza, de la dignidad humana y de nuestra espiritualidad (19).

Esa definición da al cuidado una dimensión amplia e integradora, es decir, implica la necesidad de un abordaje que contemple a las personas en todas sus dimensiones: biológica, psicológica, social y espiritual.

Así, pues, ‘cuidar’ en el sentido más amplio necesita ser vivido; las experiencias solo se vuelven significativas después de haber sido vividas; y cuando el pensamiento puede tomarlas como objeto y

transformarlas en símbolos, lo almacena el ser humano a través del lenguaje. Así, el interno de enfermería en su práctica identifica que debe cuidar a la persona considerando varios aspectos o dimensiones, no solo la dimensión física. A pesar de lo sobrecargado de la actividad que desarrolla trata de dar cuidado de enfermería y satisfacer las carencias que se presentan en la persona a su cargo. Ello se refleja en lo mencionado en las declaraciones de los internos de enfermería.

Finalmente, los internos de enfermería encuentran satisfacción en el aprendizaje al brindar cuidado a la persona adulta hospitalizada, por lo que expresan que su experiencia como internados fue muy bonita, se sintieron útiles, aprendieron de las enfermeras y pudieron aplicar todo lo aprendido en la universidad, a tal extremo que eran reconocidos como unos profesionales. Los internos de enfermería al realizar sus prácticas del cuidado a la persona adulta hospitalizada identifican que siguen aprendiendo, proceso en el que encuentran satisfacción de aprender y brindar cuidado en un nivel profesional.

El aprendizaje es el proceso de adquisición de conocimientos, habilidades, valores y actitudes posibilitado mediante el estudio, la enseñanza o la experiencia; ese proceso se puede entender a partir de diversas posturas (61).

Cuando este aprendizaje se torna motivador y productivo, la persona siente satisfacción, entendida esta como un estado mental que se produce por la optimización de la retroalimentación cerebral. La motivación para brindar el cuidado apropiado actúa como fuerza

impulsora en el interno de enfermería, que se convierte en el elemento de importancia en las prácticas del cuidado de la persona adulta hospitalizada, y cobra un especial valor en el proceso del internado, ya que en este periodo de actividad el interno complementa su aprendizaje y refuerza sus experiencias adquiridas durante su formación en un medio que termina produciéndole satisfacción y considera que lo vivido ha permitido consolidar su vocación y reforzar su aprendizaje.

Se recomienda realizar otros estudios de investigación cualitativos y cuantitativos en la línea del cuidado y de la enseñanza-aprendizaje del estudiante de enfermería a lo largo de su formación profesional, para develar e identificar otros componentes que contribuyan a mejorar el cuidado de la persona y la formación del estudiante de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Meleis A. I. *Theoretical Nursing: Development & Progress*. 2.^a ed. Lippincott; 1997. p. 674.

Naciones Unidas. *Objetivos del desarrollo del milenio: Informe del 2013*. Nueva York; 2013.

Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. *Análisis de la situación de la salud del Perú 2010*. Lima: Ministerio de Salud; 2010.

Ministerio de Educación. *Guía para la acreditación de carreras profesionales universitarias del Coneau*. *El Peruano*. 16 de setiembre del 2009.

Muñoz M. y Cabieses B. *Universidades y promoción de la salud: ¿cómo alcanzar el punto de encuentro?* *Revista Panamericana de Salud Pública*; 2008, 24(2): 139-145.

Zamalloa Z. *Vida cotidiana de las internas de enfermería en su práctica hospitalaria, Chiclayo, Perú*. [tesis para optar el grado académico de magíster en Enfermería]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2012.

Magela G. y Cunha V. *Vivencias de estudiantes de enfermería durante el cuidado prestado a personas con heridas*. Sao Paulo. *Revista brasileña de enfermería*. Nov; 2008, 61(6): 822-827.

Ramírez A.V. y Ángelo M., Gonzales LAM. *Vivencia de estudiantes de enfermería de la transición a la práctica profesional: un enfoque*

fenomenológico social. Florianópolis. Texto contexto Enferm; 2011, (20): 66-73.

Farkhondeh S. y Masoumi S. Un estudio cualitativo de las experiencias de estudiantes de enfermería de la práctica clínica. Revista BioMed Central Nursing; 2005: 4:6.

Pavan R., Ferreira A., y Ferreira J. La percepción del cuidar entre estudiantes y profesionales de enfermería. Índex Enferm [Internet]. Jun. 2007. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000100007&lng=es.

Vallejo N. Historia de la enfermería peruana. [internet] Lima: Genaro Chanco; 2013. Enfermerix blog [consultado el 14 octubre 2014]. Disponible en: <http://enfermerix.blogspot.com/2012/03/historia-de-la-enfermeria-peruana.html>.

Organización Panamericana de la Salud. Regulación de la enfermería en América Latina. Recursos humanos para la salud. Serie 56:209-219.

Congreso de la República del Perú. Ley universitaria. Ley 23733 de 1983.

Córdoba M. La autoevaluación de la organización académica de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica. [tesis para optar el grado académico de doctor]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011.

Alvítez E. Actitud de los internos de enfermería hacia el cuidado de la persona adulta mayor según rotaciones del internado. [tesis para optar al

título profesional de licenciada en Enfermería]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.

Smeltzer S., Bare B., Hinkle S. y Cheever K. Enfermería médico-quirúrgica de Brunner y Suddarth. 10.^a ed. México: Editorial McGraw Hill; 2005.

Cassmeyer V., Long B. y Phipps W. Enfermería médico-quirúrgica. 3.^a ed. Editorial Harcot Brace; 1998.

Fuller J. Instrumentación quirúrgica principios. 5.^a ed. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2013.

Waldow V. Cuidado humano. *O resgate necessário*. Brasil: Editorial Sagra. Luzzatto; 1998. p. 17-19, 56-62.

----- . Enseñanza de enfermería centrada en el cuidado. Brasil: Aquichan. Setiembre. 2009; 9(3).

Almeida M. O saber da enfermeragem esua dimensào pràtica. São Paulo: Cortez; 1986.

Meyer D.E. *A formação da enfermeira na perspectiva do gênero: uma abordagem socio-histórica*. En: Waldow V.R., Lopes M.J., Meyer D.E. *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entrea escola e a prática profissional*. Porto Alegre (RS): Artmed; 1995. p. 63-78.

Waldow V.R. Cuidar: Expresión humanizadora. 1.^a ed. México: Editorial Palabra Ediciones; 2008.

Heidegger M. Ser y tiempo. Traducción en castellano. España: Edit. Planeta; 1993.

Colliere M. F. Promover la vida. 1.^a ed. España: Edit. McGraw Hill Interamericana; 1993.

Irrutia P., Villarroel M. Cuidados emocionales que brindan los enfermeros a pacientes quirúrgicos [internet]. Mendoza; 2009. Disponible en: http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/irrutia_patricia.pdf.

Laza C. Reconstruyendo la memoria colectiva de los cuidados para la salud en el Valle del Río Cimitarra: Una propuesta investigativa. *Ciencia y enfermería*. XV(2): 19-25; 2009.

Collière M. Cuidar... *A primeira arte da vida*. 2.^a ed. Portugal: Editorial Lusociência; 2001.

Amarao M. Obituario Marie Françoise Collière. *Revista cubana Enfermer*; 2005 [revista en la internet]. [citado el 17 de marzo del 2015]; 21(1): 1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000100013&lng=es.

Burns N. y Grove S. Investigación en enfermería. 3.^a ed. España: Editorial Elsevier; 2004.

Muñoz L. Antecedentes sobre la investigación cualitativa en enfermería. *Revista Horizonte de Enfermería*. Universidad Austral de Chile; 1995. p. 19-24.

Poli D. y Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 6.^a ed. México: Editorial McGraw Hill; 2002.

Rodríguez J. y Gil J. Metodología de la investigación cualitativa. 2.^a ed. Granada: Edit. Aljibe. 1999.

Gómez O. y Gutiérrez E. La situación de enfermería: fuente y contexto del conocimiento de enfermería. La narrativa como medio para comunicarla. Colombia: Editorial Universidad Nacional de Colombia.; 2011.

Pineau G. Las historias de vida como artes formadoras de la existencia. España: Secretariado de Publicaciones Universidad de Sevilla. 2009; 19:147 -265.

Camargo A. Los usos de la historia oral y de la historia de vida. Trabajando con élites políticas. Revista de ciencias sociales, Río de Janeiro, v. 27, n. 1, 1984. p. 5 - 28.

Perren J. Enfoque biográfico: aproximaciones teóricas, herramientas metodológicas y potencialidad en los estudios regionales. Argentina. Revista argentina Hum. Cienc. Soc. 2012; 10(2). Disponible en internet: http://www.sai.com.ar/metodologia/rahycs/rahycs_v10_n2_05.htm.

Bertaux D. *Laqpproche biographique: sa valité methologique, sés potentialités. Cahiers internationaux de sociologie*, n. 69, p. 197-225, 1980.

Veras E. Historia de vida: ¿un método para las ciencias sociales? Chile. Cinta Moebio Revista de epistemología de ciencias sociales. Ag. 2010; 39:1-11.

Glat R. Somos iguales a usted. Testimonios de mujeres con deficiencia mental; 1989.

Kohli M. Biografía: relato, texto, método. En: Bertaux, D. Biography. A. Society. Beverly Hills, c. USA: Publications. Inc., 1981. p. 61-75.

Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación. 2.^a ed. Quito: CEAS, 1995.

Streubert R., Carpenter R. *Qualitative research in nursing advancing the humanistic imperative*. Philadelphia: Lippincott Company; 1995.

Rodríguez L., Moreno L., Carretero M., Ortiz S., Oviedo H. y Garrido M. Utilización de historias de vida en la investigación cualitativa en enfermería urológica. España: Asociación Española de Enfermería en Urología. Ag. 2012; 122: 39-41.

Hospital Belén de Trujillo. Historia; 2014. Disponible en: <http://www.hbt.gob.pe/index.php/institucional/quienes-somos/historia>.

Minayo M. “Quantitativa-cualitativa: Oposicao ou Complementariedade”. Caderno Saúde Pública. Río de Janeiro V. 9n-3. Julio-setiembre 1999.

Velasco M. El método biográfico y las historias de vida. Su utilidad en la investigación en enfermería. Index de Enfermería [Index Enferm.] (edición digital); 1999, 27. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/27revista/27_articulo_25-30.php.

Bardin L. Análisis de contenido. Edic. 70. Brasil; 2011.

Organización Panamericana de la Salud. Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica. Serie Paltex, Salud y Sociedad 2000. USA; 2013.

Hernández R., Fernández C. y Baptista L. Metodología de la investigación. 4.^a ed. México: Edit. MacGraw Hill Interamericana; 2006.

Miguel J. La ansiedad. Madrid: Editorial Aguilar; 1996.

Coronado Y. y Ascanio T. Estrés en las enfermeras y área quirúrgica del hospital José A. Vargas; 2002. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos13/dedicat/dedicat.shtml#ixzz3U2dGPiIn>.

Caruano A. Estrés y adaptación. Estrés y trastornos psicofisiológicos. Psicología de la salud; 2013 [internet]. Disponible en: http://www.aniorte-nic.net/apunt_psicolog_salud_6.htm.

Ferreira I. *Adaptação e desenvolvimento psicossocial dos estudantes do Ensino Superior: Factores familiares e sociodemográficos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian & Fundação para a Ciência e Tecnologia; 2009.

Fierro A. Manual de psicología de la personalidad. España: Editorial Paidós; 2009.

Louise R. La carga de trabajo de la enfermería y el cuidado del paciente (Nursing Workload and Patient Care). International Council of Nurses Consejo Internacional de Enfermeras. Conseil International des Infirmières. Nov. 2012. Disponible en: <http://www.icn.ch/esnews/whatsnew-archives/nursing-workload-and-patient-care-1579.html>.

Kuerten P., Lenise M., De Gasperi, P., Sebold L., Waterkemper R. y Bub M. "Care and Nursing". *av. enferm.*, xxvii (1): 102-109; 2009.

Disponible en:

http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvii1_11.pdf.

García M., Cárdenas L., Arana B., Rojas A., Hernández Y. y Salvador C. Construcción emergente del concepto 'cuidado profesional de enfermería'; 2011. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea09.pdf>.

Daza R. y Medina L. Significado del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santa Fe de Bogotá. *Cultu. de los Cuid*; 2006, (19): 55-62.

Arteaga N. Aprender el cuidar-cuidado para el paciente en situación de emergencia desde la perspectiva de la interna(o) de enfermería. Trujillo. *Enferm. Investig. y Desarro*; 2013, 11(1):1-928.

Zapata M. Teorías y modelos sobre el aprendizaje en entornos conectados y ubicuos [monografía en internet] España: Universidad de Alcalá [citada el 6 de marzo del 2014]. Disponible en:

http://eprints.rclis.org/17463/1/bases_teoricas.pdf.

Caballero K. El concepto de 'satisfacción en el trabajo' y su proyección en la enseñanza. *Rev. de curric. y form. del profes.* [internet]; 2002 [citado el 9 de marzo del 2014]; 6(2):1-10. Disponible en:

<http://www.ugr.es/~recfpro/rev61COL5.pdf>.

García C. Estudio *expost facto* sobre la motivación y la satisfacción laboral. [monografía en internet]. El Salvador: Universidad de El

Salvador; 2006 [citada el 10 de marzo del 2014]. Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos36/satisfaccion-laboral/satisfaccion-laboral.shtml>garc.

Infante M. Develando. Los valores, los objetivos vitales y las actitudes hacia la formación profesional y personal de los estudiantes de Enfermería de una universidad pública de Lima, Perú. [tesis para optar el grado académico de doctor en Ciencias de la Salud].

ANEXOS

Anexo N.º 1

GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

A. Datos de identificación:

Nombre y apellidos:

Edad:.....Estado civil:

Trabaja: Sí () No ()

B. Datos referidos a las vivencias del interno de enfermería acerca del cuidado enfermero brindado a la persona adulta:

Háblame sobre tu vida que tenga relación con las experiencias en el cuidado brindado a la persona adulta durante la práctica en el servicio de cirugía

¿Tiene algo más que agregar respecto de lo que hemos conversado?

Anexo N.º 2

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR
LA ENTREVISTA INDIVIDUAL**

El abajo firmante declara que ha sido informado por la investigadora Mg. Enf. Olga Gessy Rodríguez Aguilar de los motivos y propósitos de la entrevista a realizar, que conoce que los resultados se utilizarán solo para fines científicos y que se garantizará su anonimato. Acepta participar en el proyecto de investigación a través de una entrevista individual, que se grabará en su totalidad mediante la utilización de una grabadora de voz y se realizará para obtener el grado de doctor en Enfermería.

Y para que así conste:

Trujillo, ____ de _____ del 201__

PARTICIPANTE

INVESTIGADOR