



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE POST GRADO
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

**PERCEPCIÓN Y EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA
SOBRE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN
HOSPITAL DEL MINSA - CHULUCANAS- PIURA, 2016**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO
EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

AUTORA:

Lic. YACKELINE DEL CARMEN CUNYA GARCÍA

ASESORA:

Mgtr. SONIA ALEIDA RUBIO RUBIO

**PIURA - PERÚ
2017**

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Dra. Nelly Teresa Condor Heredia

Presidente

Dra. Juana Rene Aranda Sánchez

Secretaria

Mgtr. Nancy Patricia Mendoza Giusti

Miembro

Mgtr. Sonia Aleida Rubio Rubio

Asesora

DEDICATORIA

A Dios, a mis padres: Wilfredo y Edita por ser ejemplo de vida y enseñarme a mantener mi integridad en mis proyectos de vida.

A mis hermanos, tíos, primos, y amigos por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida con quienes espero poder compartir cada logro.

YACKELINE DEL CARMEN

AGRADECIMIENTO

Especial consideración y gratitud a mi asesora a Mgtr. Sonia Rubio Rubio por sus valiosas sugerencias y orientaciones en la investigación misma, y sobre todo su paciencia haciendo posible el desarrollo del presente estudio.

A las personas que hicieron posible realizar esta investigación, en calidad de entrevistados.

YACKELINE DEL CARMEN

RESUMEN

El presente informe de investigación tiene como objetivo analizar la percepción y expectativas de los pacientes hospitalizados del servicio de medicina sobre los cuidados de enfermería, fue de tipo cualitativo, utilizó el método de historia de vida. La muestra estuvo conformada por seis personas que fueron hospitalizadas en el servicio de medicina en un hospital II – 1 del Ministerio de la Salud, 2016, a las que se les formuló la pregunta norteadora, ¿Cuál es la percepción y expectativas de los pacientes hospitalizados del servicio de medicina sobre los cuidados de enfermería? Luego se procedió a las transcripción de cada una de las entrevistas y posteriormente se establecieron cuatro categorías, llegándose las siguientes conclusiones: en lo referente a la atención del personal de salud, se encontró que el humanismo, la empatía, la cordialidad de cada persona también influye en la recuperación de la salud; en la de rutinas hospitalarias: se encuentra que lograron adaptarse a nuevos hábitos de vida de acuerdo a su experiencia hospitalaria los cuales contribuirán en la preservación de su salud.; en la de infraestructura del servicio de salud los entrevistados lograron identificar y manifestar sus incomodidades ambientales de acuerdo a la infraestructura y rutinas diarias en dicho nosocomio; según la de sentimientos frente a su estancia hospitalaria se manifestó sentimientos de susceptibilidad durante la etapa de enfermedad y reacción ante cualquier eventualidad.

Palabras claves: expectativas, pacientes hospitalizados, percepción, servicio de medicina.

ABSTRACT

The present research report aims to analyze the perception and expectations of hospitalized patients of the medical service on nursing care, was of qualitative type, used the method of life history. The sample consisted of six people who were hospitalized in the medical service in a hospital II - 1 of the Ministry of Health, 2016, to which they were asked the guiding question, What is the perception and expectations of hospitalized patients Of the medical service on nursing care? Then the transcription of each of the interviews was carried out and later four categories were established, the following conclusions being reached: in regard to the attention of the health personnel, it was found that the humanism, the empathy, the cordiality of each person also Influences the recovery of health; In the of hospital routines: it is found that they were able to adapt to new habits of life according to their hospital experience which will contribute to the preservation of their health .; In the infrastructure of the health service interviewees were able to identify and manifest their environmental discomforts according to the infrastructure and daily routines in said hospital; According to that of feelings in front of his hospital stay, he manifested feelings of susceptibility during the stage of illness and reaction to any eventuality.

Key words: perception, expectations, hospitalized patients, medical service

INDICE

	Pág.
Dedicatoria	ivv
Agradecimiento	v vi
Resumen	vívii viii
Abstract	vii
I. INTRODUCCION	1
Problematización e importancia.....	5
Objeto de estudio.....	5
Pregunta norteadora.....	5
Objetivos del estudio.....	5
Justificación y relevancia del estudio.....	5
II. REFERENCIAL TEÓRICO - CONCEPTUAL	8
2.1 Antecedentes.....	8
2.2 Referencial teórico.....	13
III. METODOLOGIA	21
3.1 Tipo de investigación.....	21
3.2 Método de investigación.....	21
3.3 Sujetos de la investigación.....	27
3.4 Escenario de estudio.....	29
3.5 Procedimiento de recolección de datos cualitativos:	31
- Técnicas de recolección de datos.....	31
- Procesamiento de datos.....	39
3.6 Consideraciones éticas y de rigor científico.....	42
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	45
4.1 Presentación de resultados.....	45
4.2 Análisis y discusión de resultados.....	45
V. CONSIDERACIONES FINALES	67
Referencias bibliográficas	69
Anexos	78

I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, la profesión de Enfermería, es reconocida como un servicio esencial para la humanidad y constituye un capital humano de suma importancia para el campo de la salud por su aporte al cuidado, por su enlace dinámico entre los sistemas de salud y las poblaciones, por su contribución al logro de mejores condiciones de vida y por la felicidad que a través de enfermería se les brinda a las personas (1).

El actuar de la Enfermera a través de los tiempos se sigue caracterizando por el cuidado que brinda al paciente, especialmente cuando éste se encuentra en los servicios de hospitalización, lugar del cual requiere mayor enfoque a cubrir las necesidades de salud garantizando una estancia agradable y por ende una recuperación satisfactoria, pero muchas veces este concepto se ve obstaculizado por las actividades demandantes que el profesional de enfermería experimenta en su día a día, provocando insatisfacción del paciente que recibe la atención.

Huércanos I. (2), en su estudio sobre el Cuidado Invisible nos dice lo importante para enfermería reflexionar sobre la naturaleza del cuidado, pues se trata de un cuidado integral que busca satisfacer las necesidades de las personas desde su complejidad biopsicosocial: que abarca “(...) dimensiones como la familia, las necesidades psico-emocionales, las relaciones interpersonales, el afecto, la escucha el tacto, el alivio, confort y en definitiva todas las acciones que buscan proporcionar bienestar.

En ocasiones por la demanda de pacientes hospitalizados y por el escaso recurso humano (enfermeras), se observa que, por clasificación al grado de dependencia según patología del paciente, la enfermera se centra en brindar un cuidado más completo que del resto de pacientes a su cargo, creando una perspectiva diferenciada entre cada usuario que recibe la atención, siendo muchas veces las opiniones contradictoria al punto de escuchar frases como; “La enfermera estuvo pendiente de

mi salud todo el tiempo y me cuido”, “la enfermera no me atendió bien”, o simplemente “las enfermeras son malas en la atención”

Donabedian A. (3), menciona que la satisfacción del paciente es considerada como un objetivo del cuidado y es representada por el juicio del paciente sobre la calidad del cuidado, siendo una medida fundamental de la calidad del cuidado en las instituciones de salud que garanticen el cumplimiento de todas las normas de calidad especialmente los centros hospitalarios que son empresas importantes que requieren cobrar protagonismo en la calidad ya que su atención va dirigida a mantener el bienestar físico, mental y social de un ser humano.

Francoise M. (4), en la aplicación de técnicas y/o conflictos biomédicos, caracterizándose por una actitud con alto valor moral para lograr el bienestar integral de las personas que cuida, la función de la enfermera es conservar, promover, recuperar y rehabilitar el estado de salud del paciente así como apoyarlos a integrarse a una vida útil estos cuidados son de carácter integral porque las necesidades humanas representan lo físico psicológico y cultural, donde cada necesidad insatisfecha afectara al ser humano como un todo, por lo tanto la enfermera debe poseer habilidades y destrezas que permitan al adulto verbalizar sus inquietudes y fortalecer su personalidad a través de una relación humana que genere confianza y empatía, donde el cuidado humanizado es la satisfacción del usuario que depende de la resolución de sus problemas, del resultado del cuidado según sus expectativas, del trato personal que recibió y del grado de oportunidad y amabilidad con el cual el servicio fue brindado.

El reglamento de la Ley N° 27669 (5), del trabajo de la enfermera (o) profesional peruano, establece en el Artículo 9°. - De las funciones de la Enfermera (o). Corresponde a la enfermera (o) el ejercicio de las siguientes funciones brindar el cuidado integral de enfermería basado en el Proceso de Atención de Enfermería

(PAE) que incluye la valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación del mismo, el cual será registrado **obligatoriamente** en la historia clínica del paciente y/o en la ficha familiar.

Otro factor muy importante es el que está en relación a la naturaleza misma de los cuidados, que se constituyen como acciones invisibles, los cuales son esenciales e imprescindibles, pero a los cuales no se les da el valor que merecen (2).

Barbosa L. y Acevedo J. (6), el filósofo del cuidado mostró que el cuidado tiene una dimensión ontológica, está en nuestra manera de ser como hombres y como mujeres. Ramió A. (7), en su tesis doctoral Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional de Enfermería en Catalunya, menciona que **como trabajo el cuidado es complejo y diversificado, muchas veces “invisible” por la dificultad de especificar la complejidad emocional y material que incluye**, no se les presta atención por su carácter cotidiano (...).

Es bueno reconocer que durante las atenciones diarias que el profesional de enfermería realiza para brindar un cuidado humanizado del paciente, influyen factores como el trato amable, la escucha, la empatía y especialmente la calidez del servicio que se brinda, lo que permiten que el paciente perciba de manera agradable la atención a sus necesidades durante el tiempo de hospitalización.

El cuidado es considerado necesario para la supervivencia humana, un componente esencial del ser humano, Eriksen A. (8). determina las dimensiones del cuidado de enfermería que están relacionadas con la satisfacción e insatisfacción del paciente durante su hospitalización y lo define como “ la satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería, como la congruencia o acuerdo entre las expectativas de los pacientes cuidados y su percepción de la experiencia actual, así mismo define que existen factores de individuales que influyen en la satisfacción con el cuidado de

enfermería como el sexo, edad, percepción del estado de la salud y el número de hospitalizaciones.

El cuidado de enfermería debe ofrecer un marco de garantía de calidad que lo haga competitivo, que satisfaga las necesidades de los usuarios y al mismo tiempo del personal de enfermería que trabaja en la unidad asistencial para que se sienta satisfecho de su labor. Ahora el usuario se ha convertido en el principal centro e impulso para elevar la calidad de servicios, por lo que su grado de satisfacción es el indicador fundamental de la calidad asistencial (9).

Los estudios que evalúan la calidad de la atención de la enfermera buscan no sólo mejorar lo bueno, sino busca la excelencia con el objetivo de identificar factores negativos y áreas críticas formulando estrategias orientadas a disminuir éstos factores hasta eliminarlos definitivamente (10).

A nivel nacional el Ministerio de Salud y los entes acreditados de profesionales en enfermería buscan una mejora en la atención de calidad, esto se puede evidenciar mediante la implementación de proyectos y estrategias establecidos, donde se impulsan y promueven ideas y acciones. La calidad de atención está considerada para su implementación y garantía dentro de los lineamientos del MINSA y el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) con un fundamento que direcciona a los profesionales de salud al momento de brindar atención al paciente que acude para ser atendido en algún establecimiento de salud, calidad que consiste en la aplicación de principios bioéticos como la justicia, la equidad, así como la preparación técnica adecuada y contar con los recursos necesarios, etc. (11).

Es así que en el servicio de medicina del Hospital de Apoyo Chulucanas, se percibió, que la gran mayoría de los ingresos a Hospitalización son usuarios que vienen de las zonas rurales, lo cual no les es fácil la adaptación al nuevo ambiente o al entorno en

el que se encuentran, ocasionando sentimientos de miedo, frustración y hasta rechazo a cualquier procedimiento que se pretenda ejecutar para su recuperación. Por otro lado, frente a este comportamiento, el profesional de enfermería debe ser la persona ideal para ayudar a la adaptación de estos usuarios a través del trato amable y la comprensión de la situación por la que atraviesan sin desatender el cuidado enfermero. Señalando lo mencionado, se pretende hacer estudio de esta investigación para contribuir a mejorar la calidad de atención del profesional de enfermería hacia el cuidado del paciente hospitalizado.

Así mismo según datos estadísticos del Hospital de Apoyo Chulucanas en el año 2015 el índice de morbilidad fue de 875 usuarios que equivale al 60,34% mujeres y 39,6% varones y una mortalidad de 25 usuarios que equivale al 44% mujeres y 56% varones.

Las patologías más frecuentes que son atendidas en dicho hospital son enfermedades infecciosas y parasitarias; endocrinas, nutricionales y metabólicas; respiratorias; digestivas; genitourinarias; circulatorias; nerviosas; piel y tejidos subcutáneo; traumatismos, envenenamiento; embarazos partos y puerperio.

A partir de esa problemática se definió como **objeto de estudio** Percepción y Expectativas de los pacientes hospitalizados del servicio de medicina sobre los cuidados de enfermería en un hospital II – 1 del Ministerio de la Salud, 2016.

En ese sentido, se formuló la **pregunta norteadora**, como vertiente del estudio:

- ¿Cuál es la percepción y expectativas de los pacientes hospitalizados del servicio de medicina sobre los cuidados de enfermería en un hospital II – 1 del Ministerio de la Salud, 2016?

Con base en esos cuestionamientos es que formulamos los siguientes **objetivos**:

- Identificar la percepción de los pacientes hospitalizados del servicio de medicina sobre los cuidados de enfermería en un hospital II – 1 del Ministerio de la Salud, 2016.
- Identificar las expectativas de los pacientes hospitalizados del servicio de medicina sobre los cuidados de enfermería en un hospital II – 1 del Ministerio de la Salud, 2016.

La calidad de atención en enfermería es definida con el logro de los resultados deseados en la salud de los usuarios y población en general. Esto implica reconocer en el lugar de un problema teórico, uno se enfrenta con el paradigma de distinguir que la calidad es parte de un compromiso profesional, el cual se pone a disposición de los que deben tomar decisiones dentro de un marco de acción para lograr la excelencia y mejorar la calidad de atención al usuario (12).

Para una enfermera la comunicación con el paciente es su principal herramienta de trabajo, si no dominamos las normas implícitas y muchas veces inadvertidas, que la comunicación tiene, no seremos tan buenos profesionales como creemos. “la comunicación en el contexto de enfermería, debe ser contemplada como una habilidad a ejercitar por las enfermeras, ya que aplicada correctamente permite una mejor y más completa consecución de los cuidados de enfermería, en ese proceso de comunicación debemos ser capaces de identificar lo que nuestro paciente nos demanda en función de lo que espera de nosotros”, esta habilidad es lo que la psicología llama “Empatía” donde se desarrollan estrategias para lograr una relación efectiva con el paciente que durante su enfermedad la vulnerabilidad y la fragilidad emocional aumenta. Para Layton el demostrar al paciente que se captan sus necesidades y sentimientos ayuda a su recuperación (12).

Por lo que la enfermera como miembro importante del equipo de salud en el cuidado del usuario, debe fortalecer su capacidad de entender la conducta que adaptan durante la hospitalización, de manera que su atención sea oportuna, humana, continua, dinámica, segura y libre de riesgos; así todo lo que el usuario perciba lo expresara, permitiendo de esa manera mejorar la calidad de atención que brinda la enfermera en el área de medicina (12).

Teniendo en cuenta estas fuentes teóricas y comparando a la realidad en la que el actuar de enfermería está siendo vista dentro del servicio de medicina del Hospital de Apoyo Chulucanas, algunas veces agradables y otras poco satisfactorias para los usuarios que reciben estas atenciones, se cree conveniente desarrollar este estudio de investigación con el fin de evaluar la percepción que los pacientes tienen con la atención brindada en todos los aspectos que involucran su recuperación, así mismo la manera en que esperan ser tratados por estos profesionales, consiguiendo entender la necesidad de apoyo físico y moral que necesitan y poder lograr en los profesionales de enfermería un cambio en la conducta al trato amable, la empatía, el servicio y la vocación al cuidado enfermero por el que está caracterizada la profesión, mejorando la calidad de atención y fortaleciendo los valores propios humanizados con los que se debe brindar un servicio de salud.

II. REFERENCIAL TEÓRICO -

CONCEPTUAL 2.1 Antecedentes

Investigación actual en el ámbito extranjero

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

Borré Y. (13), con el objetivo de determinar la calidad percibida de la atención de Enfermería por pacientes hospitalizados en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Barranquilla, estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, en el que se encuentran 158 pacientes a través del cuestionario SERVQHOS-E, previo cumplimiento de créditos de inclusión. Los datos se tabularon y graficaron en Excel, se utilizaron medidas de dispersión, tendencia central, frecuencias absolutas y relativas para la interpretación de resultados, guardando el rigor metodológico y las características éticas correspondientes, teniendo como resultados la calidad percibida de la atención de Enfermería por pacientes hospitalizados es “peor y mucho peor de lo que se esperaba” en un 4%, “ como me lo esperaba” en un 17% y “ mejor y mucho mejor de lo que me esperaba” en un 78%; el 48.7% estuvo “ muy satisfecho”, el 48.1% “satisfecho”, y el 3% “poco y nada satisfecho”

Morales M. (14), calidad de Atención desde la Perspectiva del Paciente. España: Universidad Autónoma de Nuevo León. El propósito fue definir desde el punto de vista de los usuarios que dimensiones de la atención es relevante para considerar que se ha recibido una buena atención o una atención de calidad; así mismo, conocer si existen otros aspectos además de

los correspondientes a la atención de enfermería que les parezcan importantes. Es un estudio tipo cualitativo exploratorio que usó como método la teoría fundamentada. La muestra estuvo conformada por 30 pacientes que estuvieron hospitalizados en el servicio de cirugía general y fueron entrevistados a su egreso en sus domicilios. La técnica fue la entrevista con una guía semi estructurada. Los resultados mostraron que los usuarios pudieron identificar la dimensión técnica y la dimensión interpersonal, donde señalaron algunos aspectos que deben ser reforzados ya que no son buenos sino regulares, como el manejo del dolor, la continuidad de la atención, la competencia del personal de enfermería y la información proporcionada en la dimensión técnica. Pero también hay puntos que el usuario califica como regulares en la dimensión interpersonal como el trato que brinda el personal de enfermería.

El Hospital Universitario del Valle (15), en el marco de sus procesos de aseguramiento y control de la calidad de la atención que brinda a sus usuarios, emprendió, en 2010, la iniciativa de identificar la percepción de los usuarios frente a la calidad de la atención y servicios de salud , aplicando un primer proceso de medición de esta percepción de los usuarios sobre la calidad, mediante un proceso extramuros y con la aceptación voluntaria y participación anónima de los usuarios Para este proyecto, se realizó un estudio de tipo exploratorio-descriptivo, que empleó métodos y técnicas cuantitativas y cualitativas, las cuales permitieron identificar las percepciones de una muestra representativa de usuarios atendidos en el HUV, entre el 2009 y el 2010, sobre la calidad de la atención en salud recibida en esta institución, donde concluyen que para los usuarios, los Aspectos Físicos y Personal, son igualmente significativos porque dimensionan un servicio de atención en salud de calidad.

Investigación actual en el ámbito nacional

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la investigación:

Remuzmo A. (16), en el año 2003, investigo el nivel de satisfacción del paciente adulto mayor respecto a los cuidados que recibe de las enfermeras (os) en el servicio de Geriatria del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, siendo el objetivo general determinar el nivel de satisfacción del paciente adulto mayor respecto a los cuidados de la enfermera (o) en el servicio de Geriatria. El estudio es descriptivo- transversal, la muestra estuvo constituida por 76 pacientes, siendo la técnica de muestreo el aleatorio simple. Los datos fueron recolectados mediante entrevista individuales, utilizando un formulario estructurado, donde se concluyó que los adultos mayores tienen un nivel de satisfacción medio con tendencia a un bajo nivel de satisfacción respecto a los cuidados de enfermería recibidos en el servicio de Geriatria del HNGAI siendo más baja la dimensión calidez respecto a la dimensión calidad.

Zavala G. (17), el presente estudio titulado: "Nivel de Satisfacción del Paciente Adulto Mayor sobre el cuidado que brinda la Enfermera en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo en el 2009, tuvo como objetivo: Determinar el nivel de Satisfacción del Paciente Adulto Mayor sobre el cuidado que brinda la Enfermera en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. El Diseño Metodológico fue de una investigación aplicada del tipo descriptivo simple de corte transversal, en la cual se utilizará como técnica la Entrevista estructurada y como instrumento la escala. La muestra considerada para el estudio de investigación estuvo conformada por 60 pacientes Adultos Mayores que se encuentran hospitalizados en los Servicios de Medicina General del Hospital Nacional

Dos de Mayo en el 2009. Las conclusiones en el presente estudio fueron: El paciente Adulto Mayor presenta en mayor porcentaje un nivel de satisfacción Medio y con tendencia a un nivel de satisfacción bajo sobre los cuidados que brinda la enfermera en el servicio de Medicina del HNDM, siendo más baja la dimensión cuidado de estimulación.

Lupaca P. (18), con el objetivo Determinar la percepción del usuario sobre la calidad de atención del cuidado de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2013. Material y Método. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 54 usuarios. La técnica fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo escala de Likert modificado aplicado previo consentimiento informado. Resultados. Del 100% (54), 56% (30) medianamente favorable, 24%(13) favorable y 20%(11) desfavorable. En el componente interpersonal del 100%(54), 67%(36) medianamente favorable, 18% (10) favorable, 15%(8) desfavorable. En el componente entorno del 100%(54), 56%(30) medianamente favorable, 22%(12) favorable y 22%(12) desfavorable.

Investigación actual en nuestro ámbito

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la investigación:

Zapata F. (19), en su estudio de Calidad de atención de las enfermeras desde la perspectiva de los usuarios en el hospital II Jorge Reátegui Delgado en el servicio de Medicina-Piura, tuvo como objetivo Determinar la calidad de atención de las enfermeras desde la perspectiva de los usuarios, de tipo descriptivo- transversal con el abordaje cuantitativo, la población

considerada para el estudio de investigación estuvo conformada por 50 pacientes que se encontraban hospitalizados en el servicio de Medicina, el instrumento utilizado fue CARE-Q diseñado por Patricia Larson, constituido por 46 preguntas validado y aplicado en Colombia, llegando a la conclusión del estudio se determinó que el 82% indicaron un grado de satisfacción alto, 14% un grado de satisfacción baja y el 4% un grado de satisfacción alta por parte de los usuarios..

Cisneros J. Y Chunga S. (20), en el 2010, realizaron un estudio sobre Calidad de enfermería desde la perspectiva del adulto hospitalizado, de tipo cuantitativo, descriptivo y diseño de una sola casilla, con el objetivo de establecer el nivel de calidad del cuidado de enfermería desde la perspectiva del adulto hospitalizado en el hospital de Apoyo II Sullana, El análisis y procesamiento de los datos se hizo en el software SPSS versión 13.00, Concluyendo: la mayoría de los adultos hospitalizados en el Hospital de Apoyo II Sullana, perciben que el nivel de calidad de los cuidados de enfermería es bueno, seguido de un nivel regular; así mismo la mayoría de los de los adultos hospitalizados perciben que el nivel de calidad oportuna de los cuidados de enfermería es bueno, seguido de un nivel regular y un porcentaje mínimo de deficiente; un poco más de la mitad de los adultos hospitalizados perciben de nivel de calidad continua de los cuidados de enfermería es bueno, seguido de un nivel regular y luego del nivel deficiente; algo más de la mitad de los adultos hospitalizados perciben que el nivel de calidad humana de los cuidados de enfermería es buena seguido de un nivel regular y deficiente en su porcentaje casi similar; la mayoría de los adultos hospitalizados perciben que el nivel de calidad segura de los cuidados de enfermería es bueno, seguido de un nivel regular y un porcentaje menor de deficiente.

Mesones K. (21), expectativas y percepción del cuidado de enfermería del paciente en el área de medicina del hospital III José Cayetano Heredia. Piura; 2010. Los objetivos fueron: Determinar la relación entre las expectativas y la percepción del cuidado de enfermeira. Identificar las características socio-demográficos. Determinar las expectativas del cuidado de enfermería del paciente según las dimensiones “cuidado humano, cuidado oportuno, cuidado seguro y cuidado continuo”. Investigación de tipo cuantitativo, prospectivo, de carácter descriptivo–correlacionar. La muestra fue de tipo no aleatorio intencional, como instrumento de la investigación se usaron cuestionarios. Sus conclusiones fueron: De acuerdo a las características demográficas se concluyó que la mayoría de los pacientes son adultos con edades de 51 a más, con el grado instrucción de nivel secundario, El 86,96% de los pacientes presentaban un nivel intermedio, el 10,14% de pacientes poseen expectativas altas y un 2,90% poseen expectativas bajas del cuidado de enfermería. Los mismos el 56.52% de los pacientes tienen una percepción favorable del cuidado de enfermería, mientras que el 43,48% de los pacientes tienen una percepción desfavorable con un 39,13% y 4,35% respectivamente; similares resultados se encontraron para las dimensiones del cuidado, y en la dimensión del cuidado humano se identificó que más del 50% de los pacientes tienen una percepción favorable y desfavorable con un 46,38% y 5,8%.

2.2 Referencial teórico

Enfermería pues tiene sus orígenes en la historia de la humanidad, y fue Nightingale quien sistematizó los conocimientos y las habilidades e inició científicamente la profesión de enfermería. Cuando me refiero a la sistematización, quiero señalar que se tomó el conocimiento empírico que se tenía sobre el cuidado y a partir de ello se inició el registro propiamente dicho de lo que es ahora la Ciencia de la Enfermería, tal como lo hizo Taylor y

Fayol con la Administración. Enfermería es una profesión de carácter humanista y tiene su razón de ser en los cuidados que se brindan a las personas, sea el individuo, la familia o la comunidad, tanto en la salud como en la enfermedad, desde que nace hasta que muere y las enfermeras están ahí demostrando su labor profesional (5),

Calidad del cuidado ... según la OMS define la calidad como” el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria optima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, logrando un resultado con el mismo riesgo de efectos y la máxima satisfacción del paciente (22).

La ley 266 define la calidad como la forma en que se orienta el cuidado de enfermería para prestar una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia, y comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnico-científicos, sociales, humanos y éticos. La calidad se refleja en la satisfacción de la persona usuaria del servicio de enfermería y de salud, así como la satisfacción del personal de enfermería que presta dicho servicio (23).

La calidad de salud ha sido clasificada en diferentes dimensiones, íntimamente relacionadas e interdependientes que incluyen la técnica, las relaciones interpersonales, que se establecen entre el proveedor y el usuario y el contexto o entorno de la atención. en relación a la técnica, representada por la clasificación de conocimientos y procedimientos para la solución de problemas del paciente que busca lograr los mejores resultados que la ciencia actual hace posible y en la interpersonal, es la de relación médico paciente, el cual depende de varios elementos: relación de la calidad de comunicación, la habilidad del médico para conversar con los pacientes y la habilidad de tratar a sus pacientes con empatía, honestidad, tacto y sensibilidad lo que se le

llama “calidez” de atención, es decir el respeto al paciente como ser humano integral y la búsqueda de su satisfacción, finalmente la del entorno referida a las facilidades que la institución dispone para mejor prestación de los servicios y generar valor agregado para el usuario (3).

Parasumaran A.(24), define la calidad como un “juicio global del consumidor relativo a la superioridad del servicio”, resulta de la comparación realizada por los clientes entre las expectativas sobre el servicio que va a recibir y las percepciones de la actuación de las organizaciones prestadoras del servicio. También la calidad desde la óptica de las percepciones del cliente como “la amplitud de la discrepancia o diferencia que existe entre las expectativas o deseos de los clientes y sus percepciones”.

El modelo de parasumaran sugiere la existencia de factores claves que podrán dar forma a las expectativas de los clientes: por la comunicación boca-boca, lo que los usuarios escuchan de otros usuarios, las necesidades personales de los clientes, la extensión de la experiencia que han tenido con el uso de un servicio y las comunicaciones externas de los proveedores del servicio (24).

Los factores que intervienen en la percepción son las características personales del receptor ya sean actitudes, personalidad, motivaciones, intereses, experiencias, y esperanza.

La Percepción, en el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española se define como la “acción de percibir una sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos y conlleva al conocimiento entendiéndose que la forma de conectarse con nuestro entorno es a través de los sentidos” (25).

Tradicionalmente, **en el campo de la psicología, se define a la Percepción** como “el proceso cognitivo de la conciencia y que consiste en el reconocimiento, interpretación, y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los cuales se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización (...) una de las características básicas de la percepción es la elaboración de juicios (...) en el proceso de la percepción están involucrados mecanismos vivenciales que implican tanto al ámbito consciente como inconsciente de la psique humana (...) en el proceso de la percepción se ponen en juego referentes ideológicos y culturales que reproducen y explican la realidad y que son aplicados a las distintas experiencias cotidianas para ordenarlas y transformarlas ” (26).

“El papel que le atribuye Capra a la idea de percepción, que podríamos entender como visión o perspectiva (...) interviene en nuestros procesos de conocimiento y experiencia (...) la forma en que actuamos en nuestro mundo de vida depende, sin lugar a dudas de cómo percibimos y construimos ese mundo, es decir, depende del sistema de percepción o de la visión cultural que tengamos” (27).

“El concepto de percepción está en cada individuo, en cómo percibe o recibe los estímulos del exterior y así a través de la acumulación de experiencias, vivencias poder generar una impresión hacia lo que le rodea (...) se puede afirmar que la percepción del quehacer profesional de enfermería radica no sólo en el concepto que éste tenga de la profesión y sus objetivos, sino también en el concepto que los demás perciban de su labor y de sus experiencias acumuladas" (28).

Se concluye que la percepción es un proceso mental cognitivo que nos permite formar conceptos, opiniones, acerca de un individuo, hechos en función a las experiencias basadas, o a la realidad de acuerdo a nuestras necesidades e intereses. Los tres componentes en el proceso de la percepción son.

1. Proceso de percepción sensorial: se hace uso de receptores visuales, auditivos, táctiles, etc.
2. Proceso de simbolización: existe una aprehensión inmediata de un significado es decir el uso de un símbolo intelectual.
3. Proceso emocional: generalmente las percepciones están estrechamente relacionadas a procesos emocionales, los cuales influyen proporcionándonos una emoción de agrado o desagrado (29).

Las **Expectativas**, vienen a ser un adelantarse al futuro de lo que podría suceder, de una esperanza, de cumplir con un propósito. Por un lado, está el hecho de querer brindar una buena atención de enfermería, y por otra parte que esa atención de enfermería quede registrada con evidencia científica. La expectativa consiste en depositar confianza en lo probable ya que cuando no es satisfecha se genera una decepción en la persona (1).

El personal de salud, además de tener una buena formación académica, debe respetar los principios humanísticos de la profesión. Tener en cuenta las bases de la bioética en la atención del adulto, que consiste en una percepción especial, una estrategia que se ocupa del estudio del comportamiento moral de los hombres ante las personas de edad avanzada, comportamientos que deben orientarse hacia el respeto y la dignidad de las personas mayores (30).

(...) Es el personal de salud que tiene, en tal situación una relación más cercana; desafortunadamente esa relación cercana muchas veces no resulta

satisfactoria para sus usuarios, quienes desean ser tratados de manera cálida y auténtica, de manera humana (...) (31).

La satisfacción del paciente adulto respecto a los cuidados de las enfermeras es un proceso de recolección de información relevante sobre la atención integral que recibe el adulto y sirve como punto de partida para la implementación del cuidado de enfermería y se entiende que debe obtenerse información sobre la satisfacción del cliente en la restauración de sus capacidades funcionales, el estilo de vida, los valores y creencias respecto a su salud, la familia y la comunidad para tener éxito en la satisfacción del paciente es indispensable establecer una buena comunicación, trato humanizado y calidad de los cuidados.

Tales como: La actitud del propio profesional de enfermería, el ambiente donde se desarrolla la actividad y la manera como el adulto recibe los cuidados para medir la satisfacción del cliente en el actuar de la enfermera a través de la identificación del cliente por su nombre para fomentar un ambiente de confianza de esta manera satisfacer las necesidades y expectativas que cada cliente tiene. Las necesidades corresponden aquellas que, sin lugar a duda, el cliente espera ver satisfechas, es difícil que el cliente sienta la necesidad de algo que no entre dentro de su marco de referencia.

El grado de satisfacción del usuario es la satisfacción que ha sido algo ampliamente debatido y discutido en el campo de las ciencias psicológicas. Donde el desarrollo alcanzado por las ciencias médicas en la actualidad y la necesidad de evaluar la calidad de los procesos asistenciales que brindan en salud, han hecho necesario retomar el concepto de satisfacción, como uno de los indicadores de excelencia en la prestación de servicios, la satisfacción es el cumplimiento de los requerimientos establecidos para obtener un resultado

con un cierto grado de satisfacción para el usuario, o como la complacencia del usuario (en función de sus expectativas) por el servicio recibido y la del trabajador de salud por las condiciones en las cuales brinda el servicio (32).

En el campo hospitalario, el usuario está satisfecho de la atención recibida cuando se siente bien atendido por el personal de salud y especialmente por el profesional de enfermería, cuando recibe un saludo cordial de bienvenida, una actitud de acogida, cuando le respondes sus preguntas y hay disposición en el profesional para ser escuchado (32).

Las percepciones del usuario son importantes porque actualmente la atención sanitaria está poniendo un énfasis enorme en sus satisfacciones. Se cree que cuando los usuarios tienen una mejor predisposición a seguir las recomendaciones y los planes terapéuticos, cuando una enfermera empieza una práctica clínica, es importante considerar como perciben los usuarios los cuidados y cuáles son los mejores planeamientos para ofrecer estos cuidados. Las conductas que los investigadores han asociado con los cuidados ofrecen un punto de partida excelente, pero también, es importante entender a los usuarios y sus expectativas individuales. Las expectativas que influyen positivamente en el bienestar del usuario son: el Ambiente: que forma parte de los componentes tangibles del servicio y en ocasiones, provoca la primera impresión del servicio de salud en el usuario. Información: tanto de salud como administrativa que se brinda a los usuarios (33).

La visión humanista del cuidado de Watson es importante por cuanto cambia la visión de los cuidados de Enfermería en los sistemas hospitalarios, el cuidado debe adquirir una dimensión profunda que va más allá de una simple técnica, de planificar una atención, de recibir un turno o la de una educación rutinaria día a día, es compartir sus sentimientos y sus emociones, para

enfermería representa la provisión de cuidados que ofrezcan seguridad al paciente en el sentido más amplio. Es posible que la personalidad y la competencia técnica (conocimientos, actitudes, habilidad y destrezas) de la enfermera juegue un papel decisivo para que el paciente se sienta seguro del personal que lo atiende, conozca la verdad y la asuma, este informado sobre los resultados, es muy importante que el paciente analice día a día su evolución y palpe (reconozca) sus resultados, aquí juega un papel importante la información que se le ofrezca. El cuidado debe ser oportuno y eficiente (1).

La Calidad de la atención en los Servicios de Salud, es responsabilidad de los diferentes grupos que laboran en un hospital, sin embargo, el papel de la enfermera es muy importante, ya que es quien brinda atención directa y está en contacto por más tiempo con el paciente, por lo que una atención interpersonal de buena calidad es necesaria para lograr la satisfacción de los pacientes, ya que son extraordinariamente sensibles al trato que reciben y con frecuencia utilizan básicamente ese elemento al juzgar la calidad de la atención como un todo, incluyendo los méritos técnicos

La calidad de atención es un compromiso de todo profesional, ya que es importante que el enfermero como parte del equipo de salud despliega todas las funciones para lo cual fue capacitado demostrando competencia en las relaciones interpersonales y entorno, la cual debe ser oportuna, continua, dinámica y libre de riesgo; contribuyendo de esta manera a mejorar la calidad de atención que brinda el enfermero al usuario del servicio de medicina (34).

III.METODOLOGÍA

3.1 Tipo de investigación

La investigación se caracteriza por ser un estudio de naturaleza cualitativa, que según Ludke M, André E (35), es el tipo de estudio que “tiene un ambiente natural como su fuente directa de datos y el investigador como su principal instrumento (...), supone el contacto directo y prolongado del investigador con el ambiente y la situación que está siendo investigada”.

3.2 Método de investigación

Se utilizó el método de historia de vida, porque esta metodología permitió una aproximación mayor con el usuario del servicio de medicina, presentando las experiencias y las definiciones vividas e interpretadas por ellos.

El método historia de vida consiste en solicitar a los sujetos de estudio contar su vida, es el modo como el individuo representa los aspectos de su pasado que considera relevantes para la situación actual (36).

Respecto al significado del término historia de vida, la lengua inglesa dispone de dos palabras para traducir el vocablo francés “*historie*”, que son “*story*” e “*history*”. En 1970, el sociólogo Denzin propone la distinción de terminología como aclara Bertaux D. (37). *Life Story*, designa la historia de una vida de la persona que la vivió y la relata y *Life History* está reservada a los estudios de casos sobre una determinada persona, comprendiendo no solo su propia narración de vida, sino también todos los tipos de otros documentos como relatos médicos, relatos judiciales, pruebas psicológicas y testimonios de

parientes. La primera abordaje fue la más apropiada para este estudio o sea comprende la narrativa de usuario del servicio de medicina.

Para Glat R. (36), el método historia de vida quita al investigador de su pedestal de “dueño del saber” porque valoriza lo que el sujeto tiene que decir sobre sí mismo, lo que él cree que sea importante sobre su vida. No es el investigador que tiene el control de la situación. Al contrario, todo el estudio es direccionado por el entrevistado, a partir de su visión de mundo, de cómo vivenció los hechos y como ellos interaccionan con el presente. Esa autora resalta que es la subjetividad natural de la autobiografía que constituye la verdad de este género.

La diferencia fundamental del método historia de vida de otros abordajes es el respeto que el investigador tiene por la opinión del sujeto. El investigador acredita en el sujeto. Y este último no es visto como objeto pasivo de estudio. Al contrario, el investigador y el sujeto se complementan y modifican mutuamente en una relación dinámica e dialéctica (36).

Corroborando dicha aseveración, Camargo A. (38), afirma que las historias de vida representan la mejor manera de comprender la cultura “del lado de adentro” como un conjunto vivo, regido por la armonía intensa, no como un conjunto arbitrario de costumbres e instituciones, cuya realidad es apenas percibida; por eso cree que en las historias de vida, lo que se pierde en confiabilidad estadística es ganado en fructífera interacción entre los datos empírico y las preposiciones teóricas.

Para Kohli M. (39), la construcción de una historia de vida no es una simple colección de hechos de la vida individual, más si auto-imagen estructural el modo por el cual el individuo representa aquellos aspectos de su pasado que

son relevantes en la presente situación, quiere decir es relevantes en términos de intenciones por las cuales el guía sus acciones actuales.

Minayo M. (40), cita varios tipos de historia de vida, la completa que recubre todo el conjunto de experiencia vivida por una persona, un grupo o una institución; una historia de vida tópica que da énfasis a determinada etapa o sector de la vida personal o de una organización; historia oral que generalmente focaliza acontecimientos específicos tales como fueron vivenciados por una persona o grupo social.

Camargo A. (38), considera que la historia de vida es bastante apropiada a estudios de situaciones sociales, que envuelven principalmente sigilo, tornando indispensable el conocimiento íntimo de los sujetos para hacer emerger tendencias oscuras que moldean la realidad social de diversas categorías.

La historia de vida como método comprende las características básicas: a) la experiencia del autor usada de manera horizontal buscando encontrar patrones universales de relaciones humanas y percepciones individuales, b) interpretaciones sobre el origen y funcionamiento de los fenómenos sociales, a través de articulaciones temporales facilitada por las entrevistas.

Ese método preconiza que los sujetos de la investigación relatan su vida o hechos y acontecimientos vivenciados y que marcaran 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. (37), define el método de historia de vida, como un procedimiento metodológico que utiliza la historia de una vida, narrada al entrevistador tal cual fue experimentada por el sujeto, llevando a la investigación a enfocar el punto de convergencia o divergencia de los seres humanos, en sus condiciones sociales, de la cultura y de la praxis, en el contexto de las relaciones socio-simbólica y de la dinámica histórica.

Para Camargo A. et al. (38), la historia de vida puede tener utilidades diversas como autobiografía, entrevista biográfica, historia de vida como fuente complementaria de investigación e historia de vida como soporte de pesquisa. La historia de vida, como soporte de la investigación, funciona como metodología principal, revela la red de relaciones sociales, no es solamente una fuente complementaria de datos. Las experiencias humanas son descritas en su dimensión temporal y permiten alcanzar los mecanismos de funcionamiento de la estructura social. Se respeta la individualidad y especificidad del actor, por eso su discurso es descompuesto, reagrupado e interpretado. Este proceso puede ser de acuerdo como el contexto social en que se desenvuelve.

Rodríguez G, et al. (41), refiere que, utilizar la historia de vida como método, implica reconocer que la misma es una de las connotaciones del sentido común al lenguaje in-común. Para este autor, hablar de historia de vida presupone que la vida es una historia y que una vida es inseparablemente del conjunto de los eventos de una existencia individual concebida como una historia.

El usuario del servicio de medicina como sujetos formularon reflexiones sobre su vida, en cuanto narra en el contexto del presente, liberando su

pensamiento crítico, que además de seleccionar los hechos determina el significado atribuido a ellos, realizando un verdadero balance de su vida.

La utilización de la historia de vida según Chizzotti A. (42), fue introducido en el medio académico en 1920, en Chicago y fue desarrollado por Znaniescki, en la Polonia, en la década de 60. Es muy utilizada en la sociología, antropología y psicología y en los últimos años ha sido muy utilizada en las investigaciones en las áreas de educación y enfermería. Cabe registrar que el método de historia de vida en el área de la salud fue utilizada por Glat (psicóloga brasilera, 1989 y 1993) con mujeres deficientes mentales y con madres después del parto, en estudios de maestría y doctorado.

En el Brasil, en el área de enfermería este método comenzó a ser divulgado en la década de 90 en la construcción de disertaciones y tesis con diversos objetos teóricos, conforme se puede observar en el cuadro a seguir:

AÑO	AUTOR	TÉMATICA	TIPO
1995	SANTOS, R. S.	La maternidad de niños especiales.	Tesis de doctorado
1995	HUMEREZ	La atención brindada al paciente con enfermedad, Teniendo la experiencia de vida de los propios sujetos.	Tesis de doctorado
1996	SILVA, M. G. A. A.	O paciente renal crónico y su adaptación a la nueva condición de vida.	Disertación de maestría
1997	ASSAD, L. G.	La actuación de la enfermera con pacientes de trasplantes renales.	Disertación de maestría
1997	Goncalves, L. R. R.	Percepción de la mujer sobre las enfermedades de transmisión sexual	Disertación de maestría
1998	SANTOS, I. M. M.	La mirada de la madre en el desarrollo de su hijo de 0 a 12 años residentes en una favela	Disertación de maestría
1999	RUBIO, S. A. R.	Percepción de las madres de niños con anomalía congénitas sobre la atención en el pre natal y	Disertación de maestría

		pos parto en Rio de Janeiro/Brasil y Piura/Perú	
2000	RIBEIRO, M. G.	La percepción de la gestantes VIH positivo en relación a su suero positividad	Disertación de maestría
2000	MARQUES, C. O.	Percepción de las promotoras de salud sobre su papel social y sus relaciones desarrolladas con las instituciones de salud y la comunidad de Villa el Salvador	Disertación de maestría
2001	MALUHI, M.	La percepción de la mujer profesional del equipo de enfermería como paciente en el examen ginecológico.	Disertación de maestría
2001	VASCONCELOS,	La percepción de la enfermera obstetra sobre el cotidiano de su práctica asistencial.	Disertación de maestría
2001	CHAMILCO, R. A. S. I.	Prácticas obstétricas adoptadas por parteras tradicionales.	Disertación de maestría
2002	SPÍNDOLA, T.	El cotidiano de la mujer madre-trabajadora de enfermería.	Tesis de doctorado
2003	SANTOS, C	Gestante de alto riesgo y la Teoría Transcultural de Enfermería de Madeleine Leininger.	
2003	NUNES, H. H. M	El cotidiano de las madres insertadas en el método "mamá canguro"	Disertación de maestría
2003	SILVA, L. R.	Los factores sociales y culturales que interfieren en el tratamiento de la sífilis en la visión materna.	Tesis de doctorado
2003	RODRIGUEZ, Y. E.	Violencia conyugal contra las mujeres	Tesis de doctorado
2004	DIAS, I. M. A. V.	El profesional de enfermería frente al nacimiento del niño con malformación congénita.	Tesis de doctorado
2005	SAO BENTO, P. A.	Rasgando el verbo: la voz de mujeres sometidas a episiotomía	Disertación de maestría
2006	ALVES, A. M. A.	La lactancia materna del pre termino en un hospital amigo del niño	Tesis de doctorado
2006	WYZYKOWSKI, C	La mirada materna acerca de la UTIP	Disertación de maestría

En el Perú, en el 2002 Cruz, utilizó también el método historia de vida, posibilitando la visión de mundo de las mujeres embarazadas afectadas por la violencia conyugal; en el 2003 Marquina y Guadamos también utilizaron el método para conocer la cotidianidad de vida de los adolescentes del centro de adaptación social Hogar San José en relación al maltrato intrafamiliar que son víctimas.

3.3 Sujetos de la investigación

Los sujetos de la investigación fueron seis usuarios del servicio de medicina que voluntariamente aceptaron participar de la investigación, después de haber sido informado sobre esta investigación firmando el término de consentimiento libre e informado (ANEXO 2).

Los sujetos de estudio tuvieron su identidad sigilosamente preservada, no fueron adoptados criterios de exclusión porque según Bertaux D. (37), cuanto más diverso es el grupo investigado, mayor la probabilidad de describir todas las posibilidades del cotidiano de los sujetos de estudio.

El tamaño de la muestra fue determinada en base a las necesidades de información, por ello, uno de los principios que guiaron el muestreo fue la saturación de datos, esto es, hasta el punto en que ya no se obtuvieron nueva información y esta comienza a ser redundante (37).

El siguiente cuadro presenta a los usuarios del servicio de medicina, con nombres ficticios fue elegidos por cada uno de los objetos de estudio de acuerdo a sus gustos y preferencias. Respecto a las características de los entrevistados tenemos que las edades varían entre 28 y 78 años; por el sexo dos masculinos y cuatro femeninos; por su estado civil tres convivientes, dos

casadas, y una soltera; por el grado de instrucción una tienen educación primaria incompleta, dos secundaria completa, una con secundaria incompleta y dos con instrucción superior completa; según su ocupación dos con trabajo eventual, tres son amas de casa, una sin trabajo; por el número de hijos se encuentra tres de los entrevistados tienen tres hijos, una entrevistada tiene cuatro hijos y dos entrevistados manifiesto tener dos hijos.

Así mismo según su enfermedad actual un primer entrevistado refirió dengue, una segunda entrevistada refirió colecistectomía, la siguiente entrevistada refirió hemorragia digestiva alta, la siguiente manifiesto pancreatitis, la consiguiente refirió mordedura de serpiente, y el último refirió celulitis miembro inferior derecho; como antecedentes de enfermedades: cuatro refirieron que gracias a Dios no presenta antecedentes de enfermedades, una siguiente manifiesto que la diabetes y la hipertensión son sus enfermedades como antecedentes, la última refiere que la hipertensión; según los números de hospitalizaciones cinco de los entrevistados manifiestaron que fue su primera vez, una última refirió que ya era la tercera vez; y en cuanto a los días de hospitalización por dengue y mordedura de serpiente fueron 4 días, por colecistitis crónica 10 días por hemorragia digestiva 7 días, por pancreatitis 9 días y por celulitis 6 días.

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	GRADO DE INSTRUCCIÓN	OCUPACIÓN	No DE HIJOS	ENFERMEDAD ACTUAL	ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES	Nº DE HOSPITALIZACIONES	DIAS DE HOSPITALIZADO
Escobita	47	M	Conviviente	5° secundaria	Trabajo eventual	3	Dengue	Ninguna	1	4
fresita	31	F	Casada	Superior completa	Docente	2	Colecistectomía	Ninguna	1	10
Tomatito	78	F	Casada	Primaria incompleta	Ama de casa	3	Hemorragia digestiva alta	Diabetes Hipertensión	3	7
Ajicito	43	F	Soltera	5° secundaria	Ama de casa	4	Pancreatitis	Hipertensión	1	9
Ñatita	28	F	Conviviente	Secundaria incompleta	Ama de casa	3	Mordedura de serpiente	Ninguna	1	4
Pernito	30	M	Conviviente	Superior completa	Trabajo eventual	2	Celulitis en MID	Ninguna	1	6

3.4 Escenario de estudio

El escenario de estudio fue el Servicio de medicina del E.S. II-1 Hospital de Apoyo Chulucanas, donde la investigadora desarrolla actividades profesionales, lo que facilitó la aproximación a los sujetos de estudio, el local de trabajo no constituyó foco de interés de la investigadora.

El E.S. II-1 Hospital de Apoyo Chulucanas cuenta con consultorios de: medicina general, pediatría, ginecología, cirugía general, neumología, obstetricia, rehabilitación, odontología, nutrición, psicología, Cred-

Inmunizaciones; servicios intermedios de: farmacia, laboratorio, Rx – ecografías; programas de: TBC, UAMP (Unidad de atención médica periódica); hospitalización de: Emergencia, medicina / cirugía, neonatología pediátrica, unidad de cuidados intermedios, centro quirúrgico, gineceo obstétrico, sala de partos.

El Servicio de hospitalización medicina, es la entrada principal al servicio de hospitalización de Gineceo obstetricia - Alojamiento conjunto. Donde se observa que el área física resulta insuficiente, con pasillos estrechos y escasa ventilación para la cantidad de usuarios que atiende, hay hacinamiento en las horas consideradas punta (hora de visita) por la afluencia de pacientes.

Al ser considerado el servicio de médico quirúrgico cuenta con: un ambiente de hospitalización cirugía varones con 5 camillas, un ambiente hospitalización medicina varones con 6 camillas, un ambiente hospitalización medicina mujeres con 6 camillas, un ambiente de hospitalización cirugía mujeres con 3 camillas, habitación de aislados con 1 camillas y servicios higiénicos, y UCIM con una camilla, servicios higiénicos varones y de mujeres, un reducido almacén para el stock de materiales e insumos médicos. Ambientes para estar enfermeras y técnicos de enfermería.

Así también cuenta con choferes asistenciales, vigilancia, mantenimiento y limpieza. Ahora es también un hospital docente y se observa la presencia de estudiantes de enfermería, medicina, odontología y obstetricia, que se encuentran realizando Internado; personal SERUMS de psicología y nutrición con un tiempo de rotación variable según la carrera profesional.

Con referencia al personal de enfermería, actualmente en rol figuran 10 enfermeras profesionales 5 en área de cirugía / referencias a otros

establecimientos de mayor complejidad cuando el usuario amerita la asistencia de profesional de enfermería ya sea del servicio de Emergencia pediatría y medicina y 5 en área medicina, en turnos 12 horas en turno día y noche, la coordinación es realizada por una de las 10 enfermeras asistenciales.

El personal técnico de enfermería son 6 que también realizan turnos de 12 horas días y noche, responsables del trámite de solicitudes médicas con desplazamientos constantes a los servicios médicos y de ayuda al diagnóstico, exámenes auxiliares como Rayos X, ecografías y referencias a otros establecimientos, como Hospital III José Cayetano Heredia, Hospital II Santa Rosa, o clínicas privadas quedándose prácticamente solas.

3.5 Procedimiento de recolección de datos cualitativos:

Técnicas de recolección de datos:

La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la entrevista abierta, que consiste en establecer una interacción social, previa con el entrevistado en una entrevista previa para mejorar el proceso del establecimiento de relaciones humanas, en un proceso de comunicación donde se confrontan, por un lado, el investigador con su proyecto definido y, por el otro, el entrevistado que viene aceptando participar de la propuesta, relata algo de su existencia de acuerdo con las demandas del investigador. Es un trabajo de interpretación bajo las interpretaciones que el entrevistado tiene sobre hechos que marcaron su vida. El investigador en realidad, no direcciona la entrevista, correspondiéndole al entrevistado el papel de sujeto que conduce el proceso.

El método de historia de vida se distingue de otras formas de investigación envolviendo relatos – como cuestionarios o entrevistas semi-estructuradas – pues en esas, a pesar de la intención en “oír el sujeto”, el investigador

selecciona y restringe los temas que serán abordados. La historia de vida, por otro lado, al utilizar a entrevista abierta, permite que a conducción del estudio sea dada por los propios participantes, a partir de su visión de mundo. En lugar de responder a preguntas predeterminadas los sujetos son libres para divergir sobre aquello que consideran relevante en su experiencia, a forma como vivenciaron los acontecimientos narrados y como estos influyen en el presente (43).

Algo muy significativo en este método es la interacción entre sujeto y el investigador. Como la entrevista es abierta, eso permite al entrevistador dar un relato sobre su vivencia. Siendo a partir de este relato que las posibilidades de diálogo surgen, principalmente la oportunidad para que ambos cuestionen y reflexionen, ya que, al relatar su vida, la persona realiza junto al investigador un análisis de ella, prospectiva y evaluativa (43).

La escucha respetuosa intenta aprender la especificidad del mundo personal. En esa perspectiva, el investigador es, antes que nada, el aprendiz de la verdad del otro. Ya que, la alteridad es por naturaleza irreductible. ¿Cómo alcanzar la visión que el otro tiene de sí y de su mundo? Solamente por el diálogo. La dimensión dialógica de la investigación constituye la garantía de la adecuación del discurso producido en ese encuentro (44).

En ese sentido, Santos et al (43), afirman que en el método historia de vida consiste en una entrevista abierta, es decir, sin un formulario de preguntas predeterminado, en el cual se pide al sujeto para hablar libremente sobre su vida, un determinado periodo o aspecto de ella. A partir de sus narraciones el entrevistador irá formulando preguntas o realizando comentarios para aclarar o profundizar determinado punto, sin embargo la dirección de la conversación

y los tópicos a ser abordados son escogidos espontáneamente por el sujeto de estudio.

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

Los relatos de los usuarios del servicio de medicina fueron recogidos por entrevistas personalmente, previamente pactada y en la que se indicó la pregunta norteadora, configurando de esta forma, un documento primario. Para el desarrollo de las entrevistas, se utilizaron diferentes ambientes de acuerdo a las preferencias de los entrevistados, el primer entrevistado optó por que fuese en la plazuela del hospital, las cinco siguientes entrevistas se dieron en sus respectivos hogares de acuerdo a la fecha y hora pactada por los entrevistados. Las entrevistas fueron realizadas durante el periodo comprendido entre el 20 de Setiembre y el 5 de noviembre 2016.

Bertaux D. (37), recomienda que es necesario que haya una ambientación o contacto previo del investigador con el escenario de su investigación para que suceda una aproximación entre entrevistado y entrevistador. Según el autor, eso facilita el trabajo, una vez que el entrevistado contará su historia de vida con más facilidad. En esos relatos varios aspectos pueden ser levantados, incluso acontecimientos íntimos, y la privacidad facilita y evita cualquier constreñimiento. Cuando el entrevistado se familiariza con el entrevistador él cuenta su historia con más facilidad.

En ese sentido, al pactarse que la entrevista sea en la plazuela del hospital se fijó una hora menos frecuentada ya que el entrevistado se sentiría cómodo y

libres de expresarse, para las siguientes entrevistas se considero una habitación de su hogar siendo un ambiente agradable, privado, cómodo permitiendo que los entrevistadas pudieran hablar sin restricciones, no se impuso ninguna limitación de tiempo o condición para el estudio, la grabación se realizó en un medio electrónico, con autorización del entrevistado y que por su apariencia externa no era limitante en la conversación; En las entrevistas que se realizaron en los domicilios se solicitó a los entrevistadas que se contara con un espacio donde no fuéramos a ser interrumpidos por familiares o amigos y que ellos se sintieran cómodos.

Las entrevistas fueron pactadas con anticipación, directamente entre el entrevistador y el entrevistado siendo ellos quienes fijaron fecha, hora y lugar que le convenia.

Antes de iniciar la entrevista el usuario del servicio de medicina fue informada sobre los objetivos de la investigación, garantizándoles la privacidad, confidencialidad y anonimato de las informaciones grabadas, la libertad y el respeto para no responder lo que considere indiscreto o no necesario y finalmente se solicitó la firma respectiva del consentimiento informado (Anexo2). Bertaux D. (37), resalta la importancia del sujeto ser informado de los intereses de conocimiento del investigador, sea a través de este, o sea por un intermediario, en el momento del primer contacto.

Asimismo, antes de iniciar la entrevista se aclaró al entrevistado que tenía libertad para hablar sobre lo que desee y que podía referirse a cualquier etapa de su vida desde el nacimiento hasta el presente. El objetivo inicial de la conversación sobre la investigación y la disponibilidad de varias opciones tuvo la finalidad que el entrevistado iniciase su discurso por los acontecimientos más representativos de su vida. Pedí que me contará todo

sobre su historia de vida al usuario del servicio de medicina y aquello que tuviera relación con ello. Se solicitó que reflexionase desde su infancia hasta la actualidad y que estableciese relaciones con otros acontecimientos marcantes de su vida y de su condición como usuario del servicio de medicina. A partir del momento en que la pregunta norteadora de la entrevista fue hecha, él dio su relato, tal como considero importante.

De acuerdo con la orientación metodológica, las entrevistas iniciaron siempre con la pregunta: “hable de lo que usted considera importante respecto de su vida y que tenga relación a la atención que han recibido de las enfermeras durante su tiempo hospitalario en el servicio de medicina” y terminó cuando la entrevistada consideró que no había nada más que relatar en aquel momento. (Anexo 1).

El clima durante las entrevistas transcurrió de modo informal y en determinados casos bastante relajado. La receptividad fue excelente, al inicio de la entrevista percibi, cierto temor por parte de los sujetos de estudio en función de la ansiedad sin embargo, con la continuidad de la entrevista el nivel de la ansiedad disminuyo.

El comportamiento durante la entrevista varió de acuerdo con la característica de cada persona y de acuerdo a sus experiencias en los días de hospitalización, fueron los comportamientos identificados:

- Interés en querer manifestarse de como fueron atendidos y de las comodidades que les hubiese gustado tener durante su estadía en el hospital.
- Nerviosismo, tensión al expresar la atención que recibieron ya que no sabían si decir los nombres de las personas que para su parecer no los

atendieron bien.

- Actitud de tranquilidad que al informar sobre alguna falencia se podrá obtener mejoras continuas.

Durante la entrevista se utilizaron estrategias útiles como son las tácticas de animación, elaboración y aclaración. Con la primera se pretendió transmitir el interés por parte nuestra por lo que el entrevistado iba contando y se consiguió mediante expresiones como “ya”, “ah”, afirmar con un movimiento de cabeza, etc. Las segundas fueron muy útiles para que el entrevistado clarificara y ampliara la información, se utilizaron formas verbales como: “¿podría decirme más sobre eso?, ¿quiere añadir algo más? Con la tercera, se pedía constantemente a los entrevistados que clarificaran lo que habían dicho, hasta que estábamos seguros de lo que el usuario del servicio de medicina quería decir exactamente.

En algunos momentos, sentí la necesidad de estimular al usuario del servicio de medicina para hablar más sobre determinados aspectos por ellas abordados y necesidad de traer nuevamente la pregunta norteadora para que continuasen a hablar de su historia. Atkinson R. (44), comenta que algunas personas necesitan solo de un impulso y de un oído atento para traer su historia de vida hasta el fin. Sin embargo otras necesitan de preguntas periódicas para continuar a contar su historia.

Santos et al (43), recomiendan que el entrevistador “no debe traer a flote ningún tema que no haya sido mencionado por el entrevistado” Caso el entrevistado aborde determinado asunto superficialmente, el entrevistador debe estar atento y estimular a hablar más sobre el asunto.

La duración de las entrevistas no fue estipulada rigidamente, durante la realización de las mismas verifiqué que la duración vario entre 20 minutos a 50 minutos. Santos et al (43), afirman que no hay duración limite para que la entrevista transcurra, pudiendo variar de acuerdo con la persona que cuenta la historia y acaba cuando el sujeto de estudio no tiene mas nada que acrescentar. Algunas veces, hay circunstancias que prevalecen y pueden limitar una entrevista.

Al terminar el proceso de entrevista, agradecía la participación de los objetos d estudio y comentaba cuanto había sido importante y significativo para mí la experiencia de poder compartir con ellos la experiencia de ser hospitalizados. También pude observar que todo lo que ellos informaban lo hacían sin querer desmerecer la atención que recibieron en sus días de dolencias y donde recuperaron su salud. Respecto a eso Atkinson R. (44), comenta que: para la gran mayoría de las personas, contar las historias de vida es algo que ellas realmente quieren hacer. Todo lo que las personas necesitan es de alguien para escucharlas o alguien que muestre interés en sus historias.

Después de cada entrevista, preguntaba al usuario del servicio de medicina, si les gustaría oír la cinta o leer el material después de transcritos para ver si alguna cosa necesitaba ser agregada u omitida, conforme recomienda Atkinson R. (44). Pero ninguno de los sujetos de estudio solicitó la entrevista, por lo que nada fue alterado.

Las entrevistas fueron grabadas, después de la autorización del usuario del servicio de medicina garantizándose el anonimato recomendado en una investigación científica, las mismas fueron transcritas textualmente. El audio se utilizó a fin de obtener mayor fidelidad de los datos ya que la reproducción a través de la memoria y las anotaciones son menos confiables. Bertaux (37),

recomienda que la transcripción de las entrevistas ocurra inmediatamente, lo que permitirá al investigador organizar las ideas en relación a cuestionamientos y al punto de saturación.

Atkinson R. (44), recomienda que después de la transcripción, el entrevistador deje las preguntas y comentarios del entrevistador y otras repeticiones fuera y que solamente las palabras de las personas que cuentan la historia permanezca, de modo que ella se torne más fluente.

Sin embargo Poirier J, et al (45), recomienda que el escrito sea la reproducción fiel de lo hablado. El discurso así realizado reproduce fielmente el discurso registrado, con sus repeticiones, y su eventuales errores de lenguaje, las pausas, suspiros, etc. Las interpretaciones o preguntas del entrevistador son igualmente anotadas con fidelidad, en el momento en que ocurrieron. Cada entrevista se le colocó la fecha y señalada su duración.

Respecto a las recomendaciones de Atkinson R, y Poirier J. et al, se puede decir que la transcripción de las entrevistas se realizaron como recomiendan: guardándose en primer lugar tal y como expresaron sus narraciones, pero también se guardaron sin los comentarios del entrevistador y sin las repeticiones, corrigiendo también la pronunciación.

Después de cada transcripción de las cintas magnéticas, escuche nuevamente la grabación mientras leía la transcripción, para tener certeza de que no hubo omisión, como recomienda Poiner et al (45), que a través de la reescucha, nos aseguramos de que el escrito es la reproducción fiel de lo hablado. Además cuanto más próximo el entrevistador este del propio texto más fácil será para identificar las categorías interpretativas y entender, mejor el modo como la historia fue contada.

En el análisis sobre la historia de vida de los usuarios del servicio de medicina, nos permitió encontrar bases para determinar el referencial teórico que respondiese el contenido de los relatos, pues en el método historia de vida el referencial teórico es determinado a partir de las historias de vida. De acuerdo con Santos et al (43), a veces el referencial teórico cambia en función del análisis de los relatos.

Procesamiento de datos

El análisis de los datos se inició después de la transcripción de cada entrevista, en caso de duda sobre la palabra debido a una falla en la grabación la misma fue omitida y representada por puntos suspensivos. El tratamiento de los datos consistió en la sistematización de las informaciones con vistas al análisis e interpretación de los resultados.

Se describió, inicialmente, la dinámica de tratamiento de los datos para caracterizar las categorías temáticas. Se optó por el tipo categorial temático, por considerar una técnica que permitió la descubierta de “núcleos de sentido”, elementos de significación constitutiva de los mensajes que componen la comunicación y cuya presencia o frecuencia de aparición puede significar alguna cosa para el objetivo analítico escogido (45). Fue procesado en cinco principales etapas, así presentado apenas para efectos didácticos porque algunas de ellas, en la práctica, pueden ocurrir simultáneamente:

(a) Reproducción escrita de las grabaciones de las entrevistas, envolviendo la digitación de todo el contenido de las cintas magnéticas;

(b) Lectura minuciosa de todo el material transcrito;

(c) Lectura de los relatos de cada usuario del servicio de medicina sobre los temas trabajados de todo el material para sentir lo que había de semejante, o no, en sus hablas;

(d) Destaque de las ideas centrales traídas por los entrevistados, relacionadas a cada cuestión, que se identificaran a través de códigos (colores) que las representaban. Es importante señalar que para agrupar las categorías, utilizamos la técnica de subrayado colorido computacional, que garantizó credibilidad a la separación de los relatos, y al mismo tiempo facilitó la identificación de las ideas centrales. Esto equivale decir que construyó un mapeo de las ideas significativas constantes en los relatos, identificadas por colores diferentes, lo que nos permitió la clasificación de las características comunes. Al final de este primer procedimiento, se determinaron las categorías de análisis.

(e) Consistió en el recorte de las informaciones que componen las categorías elaboradas a partir del referencial teórico y de la investigación empírica.

Después de la sistematización de la información obtenida, el análisis de los datos e interpretación de los resultados fueron realizadas a través de la articulación entre los datos identificados en el material empírico y el referencial teórico de la investigación, en ese sentido el método historia de vida es bastante flexible y no impone ningún método específico para el análisis de contenido.

Según Bertaux D. (37), y en concordancia con la modalidad de life story, no hubo necesidad de comprobar los datos relatados, pues es importante en este método considerar la visión de mundo y la experiencia narrada tal cual fue vivenciada por el sujeto, llevando la investigación a enfocar los puntos de

divergencia o convergencia de los seres humanos, respetando a individualidad y la especificidad del actor social, bien como su veracidad conforme es relatada e interpretada por el propio sujeto de estudio.

Las categorías emergieron del propio relato de los usuarios del servicio de medicina o sea, fueron construidas configurando las categorías encontradas y respetando la veracidad de las historias de vida narradas. Santos et al (43), afirma que los datos surgidos en las entrevistas deben ser agrupados en categorías de análisis o núcleos temáticos, ellos son productos de los relatos por lo tanto no son pre establecido por el investigador.

Los núcleos temáticos van surgiendo a partir de las “verdades individuales” de la persona y representan la totalidad del grupo. Se toma en cuenta que el individuo es producto de su medio y acaba siendo el reflejo individual de una realidad colectiva. Por eso, Glat R. (36), afirma lo siguiente “Es por lo tanto a través de los relatos de historias de vida que se puede caracterizar la practica social de un grupo”.

Inicialmente, a partir de la lectura exhaustiva de los relatos y escucha de las hablas, se buscó identificar en las hablas de los usuarios del servicio de medicina aspectos destacados en el texto considerados relevantes y, entonces, se pasó a buscar en las entrevistas, partes de los relatos que se aproximaban, siendo realizado, por lo tanto la codificación, lo que originó siete sub categorías preliminares las que son: atención de enfermería, atención de tecnicos de enfermería, atención de médicos, atención de cocina, higiene personal, opinión de los demas, ambiente.

Después de haber codificado, se realizo varias lecturas de las entrevistas, buscando asociarlas a las categorias siendo reagrupadas, considerándose la

convergencia y divergencia del significado. Este proceso es denominado según Bertaux D. (37), como análisis comparativo. De esta forma a partir de la recodificación surgieron 4 categorías temáticas o categorías analíticas con sus subcategorías:

- A. Atención del personal de salud, que incluyen las siguientes subcategorías: atención de enfermería, atención de técnicos de enfermería, atención de médicos, atención de cocina.
- B. Rutinas hospitalarias, que influye la subcategoría: Higiene personal.
- C. Infraestructura del servicio de salud, que incluye la subcategoría: Ambiente.
- D. Sentimientos frente a su estancia hospitalaria, incluyen la subcategorías: opinión de los demás.

3.6 Consideraciones éticas y de rigor científico

La investigación cualitativa estuvo basada en criterios que tienen como finalidad asegurar la calidad y la objetividad de la investigación. Considerándose los siguientes criterios: (46- 48)

En relación al rigor:

Credibilidad: Es el incremento de la posibilidad de reducir los resultados a través del compromiso del investigador con el informante en el transcurso de la investigación.

Se dio cumplimiento a dicho criterio al analizar a profundidad los datos recopilados de la información brindada por los entrevistados y se obtuvieron resultados confiables, rescatándose lo esencial de los testimonios.

Aplicabilidad:

Se busca aplicar los hallazgos significativos en otros contextos donde se encontrarán personas pasando por experiencias semejantes.

La presente investigación servirá como referencial en otras investigaciones donde se aborden temas relacionados al contenido temático y por tratar un fenómeno prevalente en nuestra sociedad, cumpliéndose de ésta manera la aplicabilidad presente en toda investigación científica.

Auditabilidad:

Referida a la comprensión de los diferentes momentos y la lógica del trabajo de investigación por otros lectores o investigadores. Este criterio en el presente proyecto de investigación se cumplió en la medida que se describa detalladamente el abordaje metodológico con los éxitos y limitaciones hallados en el trabajo de campo y en el momento del análisis de los datos.

Confirmabilidad:

Garantiza que los hallazgos, conclusiones y recomendaciones estén apoyados por los datos y que exista la evidencia actual, al mismo tiempo se debe apoyar en la opinión de expertos.

La confirmabilidad fue aplicada en el momento de elaborar las conclusiones finales, tomándose en cuenta los hallazgos basados en el previo análisis de los datos; contándose además con la asesoría de docentes expertos en este ámbito de investigación.

En relación a la ética:**Consentimiento Informado:**

Para la realización del estudio se solicitara autorización al sujeto de la investigación para la realización del estudio; en el cual deberán constar las firmas del entrevistado, investigadores y asesor de la investigación.

Se cumplió con este criterio en el momento que se solicitó las firmas de los sujetos de estudio que voluntariamente aceptaron participar en la investigación.

Privacidad:

Se mantendrá el anonimato de las entrevistas desde el inicio de la investigación. Este criterio fue cumplido al no revelarse los nombres de los entrevistados.

Confidencialidad:

Se refiere a que los secretos expuestos por las colaboradoras no pueden ser revelados y las grabaciones serán confidenciales, utilizadas sólo para fines de investigación. Los testimonios de los usuarios del servicio de medicina fueron grabados, y se manejó confidencialmente, usándose sólo para fines de investigación.

IV.RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Presentación de resultados

- A. Atención del personal de salud, que incluyen las siguientes subcategorías: atención de enfermería, atención de técnicos de enfermería, atención de médicos, atención de cocina.
- B. Rutinas hospitalarias, que influye la subcategoría: Higiene personal.
- C. Infraestructura del servicio de salud, que incluye la subcategoría: Ambiente.
- D. Sentimientos frente a su estancia hospitalaria, incluyen la subcategorías: opinión de los demás.

4.2 Análisis y discusión de resultados

A continuación, se presenta el análisis temático de las diferentes categorías:

A. Atención del personal de salud.

En la presente categoría surgieron las siguientes subcategorías: atención de enfermería, atención de técnicos de enfermería, atención de médicos, atención de cocina.

Atención de enfermería, todos los entrevistados manifestaron como fue la atención que recibieron durante su estancia hospitalaria:

La enfermería como profesión busca consolidar el conocimiento y ubica al individuo y su entorno como el centro de su actividad, enfocándose en los conceptos de cuidado y salud (49).

Calidad continua se define como el grado en el que el cuidado recibido por la persona enferma es coordinado de forma efectiva por todos los profesionales e instituciones a lo largo del tiempo. Los cuidados enfermeros son parte sustancial del contexto total de la atención sanitaria y, por este motivo, influyen decisivamente en la calidad global por la que se valora una institución (20).

La enfermería al brindar asistencia al paciente es proveedora de cuidado, y como característica de este se contempla la calidad en el servicio que se otorga. La Organización Mundial de la Salud “define calidad como «el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima; se deberá tener en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico para lograr un resultado con el mínimo riesgo de efectos y la máxima satisfacción del paciente” (49).

Como lo refiere **Escobita** “...allí fui atendido por las enfermeras de turno no, la cual este me suministró el suero, el suero y la medicina correspondiente para dicho caso...)

La calidad del cuidado implica ofrecer un servicio de acuerdo a los requerimientos de la persona enferma más allá de los que éste puede o espera.

De este modo, el cuidado de enfermería es definido por el Colegio de Enfermeros del Perú como «el conjunto de funciones que desarrolla la enfermera en la atención y cuidado al usuario, fundamentadas en la relación

interpersonal y en el dominio de lo técnico-científico, orientadas a comprender a la persona usuaria en el entorno en el que se desenvuelve, así mismo se interviene en la prevención, curación y la rehabilitación de la persona en el proceso salud enfermedad» (50).

La enfermera puede realizar acciones hacia una persona enferma sin sentido de tarea, por cumplir u obligación moral. Cuidar implica compromiso científico, filosófico y moral hacia la protección de la dignidad humana y la conservación de la vida (20).

Como refiere **Fresita** “...las licenciadas que nos tocaba cuando cuando nos tocaba así este todo el día con nosotros las licenciadas de enfermería ellas mejor dicho ellas si no atendían, si nos decían que tenían si nos dolía estaban preocupadas por la medicina que nos tocaba, están allí a la hora con la medicina que nos tocaba y siempre a cada rato nos preguntaban si como nos sentíamos si es que estábamos bien si íbamos al baño todo eso (...) las licenciadas si para que me voy a quejar de ellas de ninguna si nos trataban bien eran bien amable...)

El cuidado de enfermería debe ser personalizado, humanizado, continuo y eficiente de acuerdo con estándares de una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr una percepción positiva en el paciente durante su estancia hospitalaria.

Para los pacientes es de alta importancia el comportamiento del personal de enfermería en el momento de la administración de los diferentes tratamientos y medicamentos en el horario indicado, además de que demuestran sus conocimientos y destrezas que favorecen el cuidado (51).

Como refiere **Tomatito** “...las enfermeras me llegaban a dar la medicina a la hora que tenían que darme y entonces fui mejorando poco a poco he estado 8 días en el hospital (... las enfermeras se han portado muy bien, aunque unas había algo mal geniadas quien dijo, pero seguro que ellas estaban nerviosas de tanto enfermo las comprendo, y pero casi todas eran buenas me atendían muy bien...”

Del mismo modo, la satisfacción es una actitud que está relacionada con el estado emocional e influido por la información que el paciente recibe por parte del profesional de la salud. Se propone que los componentes que influyen para una percepción positiva en el paciente sobre la atención de enfermería son los componentes Técnico e Interpersonal (52).

En la teoría de Watson las personas enfermas requieren unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado de las personas enfermas es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal. El trabajo de Watson contribuye a la Sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos (20).

En el campo hospitalario, el usuario está satisfecho de la atención recibida cuando se siente bien atendido por el personal de salud y especialmente por el profesional de enfermería, cuando recibe un saludo cordial de bienvenida, una actitud de acogida, cuando le respondes sus preguntas y hay disposición en el profesional para ser escuchado (32).

Como lo refiere **Ajicito** “...habían enfermeras buenas y enfermeras malas yo digo buenas porque cuando llegaban saludaban les daban amor cariño como

que si fuera sus familias de ellas me trataban bien a todas las trataban bien, pero habían algotras que no nos saludaban no nos saludaban...”

El cuidado significa ayuda dirigida a la satisfacción de necesidades físicas y de tratamiento, además de brindar un soporte de compañía, esperanza, comprensión y seguridad lo que garantiza la calidad de la atención y tranquilidad para el mantenimiento y recuperación de su salud (53).

El profesional de enfermería es quien realmente permanece en forma continua al lado de la persona enferma y porque es él quien mantiene el más íntimo contacto, convirtiéndose en la persona que le transmite confianza y fortaleza para poder ayudar en la recuperación de la persona enferma (20).

Como refiere *Ñatita* “... bueno allí la atención por parte de las enfermeras si es buena porque están pendientes que si ya te toca poner la medicina a la hora que es, que como te sientes si es que hay dolor o alguna molestia conversaban con nosotras que no me desespere que ya me voy a recuperar para que vaya ver a mis hijitos me sentían preocupada seguro digo pues (...) me dijo porque la via era importante para administrarme mi tratamiento para recuperarme rápido y poder ir atender a mis hijitos que tengo q curarme primero para poder atenderlos, pobres licenciadas algunas no duermen peor cuando hay pacientes mas delicaditos están allí allí dándoles vuelta como yo solo estaba mal de los dedos me daba cuenta de todo”

El cuidado directo busca reducir las molestias que afectan a los pacientes y ayudar a alcanzar el bienestar del usuario desde su integridad personal, social y emocional es así que siempre llegamos a ponernos en sus lugares de pacientes y entender sus necesidades.

Henderson (54), afirma que la enfermera es única y diferente del médico, y aunque su plan de actividades deba asegurar el cumplimiento de la terapia prescrita por el médico, también tiene la responsabilidad de ayudar de manera independiente a los pacientes. Así mismo, su función es ayudar al individuo, sano o enfermo, en aquellas actividades que contribuyan a su salud y recuperación, hasta lograr su independencia, o una muerte digna.

Como refiere **Pernito** “... allí la atención de las licenciadas y las técnicas si fue buena amables te daban los días las tardes y las noches me preguntaban que como me sentía si había disminuido el dolor me ponían la medicina dia y noche ya se aprenden nuestros nombre...”

En la actualidad, la atención de enfermería se centra en el paciente por medio de un cuidado individualizado centrándose en el usuario y sus expectativas reales que muchas veces nos llegamos a familiarizar con ellos mientras más sea su estancia hospitalaria.

En el ecenario de estudio se pudo evidenciar que los cuidado de enfermería tienen un enfoque biosicosocial ya que se intenta recuerear el estado, independencia del cuidado de su salud, considerando no solo el aspecto fisiológico sino también emocional y espiritual. A pesar de las falencias existentes en el servicio como falta de recurso humano, infraestructura inadecuada, entre otros generando malestar e incomodidad tanto familiar – paciente y personal encargado, agregando a ello el número de pacientes con grado de dependencia III muy aparte de los de grado de dependencia I y II, que se tiene acargo exedido de acuerdo a normativa.

Atención de técnicos de enfermería, algunos de los entrevistados manifestaron como fue la atención que recibieron durante su estancia hospitalaria.

Un técnico en enfermería como integrante del equipo del cuidado con competencias teóricas y técnicas que ayudan en los procesos de promoción, prevención, recuperación y/o rehabilitación de la salud del usuario mediante la preservación de las condiciones de higiene y seguridad bajo la supervisión del médico y/o enfermera (55).

El cuidado implica un compromiso por parte del personal de enfermería, que los pacientes perciben en fenómenos relacionados con la asistencia, el manejo de tecnología, la capacidad para prevenir complicaciones, las conductas de apoyo y las actitudes dirigidas a dignificar a otros en su condición humana y a proporcionar su crecimiento integral (53).

Como refiere *Escobita* (... igual las técnicas a la hora de la higiene el cambio de sábanas el horario de la ducha no y al momento que era de solicitar los análisis también estaban allí para ser puntuales con los resultados del recuento de plaquetas que era importante en nosotros...).

Muchas veces la personalidad, actitud o el temperamento como nos expresamos podemos llegar a herir susceptibilidades sin tener alguna mala intención.

Como refiere *Fresita* (...las otras chicas este esas chicas que andan de todo blanco las técnicas, había una que era mala no me gustaba como era esa señora porque era así tosca seria te hablaba seriamente ósea no tenía, así como mejor dicho parecía que no tenía voluntad ni nada así era bien este

recia toda así ósea te trataba como que si eras cualquier cosa, ya llegaron otra y las otras las otras si te trataba bien ya no eran así ya eran buena gente...)

El desarrollo de las diferentes actividades cotidianas dentro de nuestra profesión también puede ser un medio de identificación.

Como refiere Ñatita “...las técnicas nos controlan la temperatura nos despiertan temprano para bañarnos nos cambia sabanas todos los días nos pregunta cuantas veces orinamos en el día o la noche son amables también te sacan sonrisas son amables...”

La cordialidad, la corteza evita causar incomodidad o ante cualquier eventualidad.

Como refiere Pernito “... nos tendían sabanas limpias, pero eso algunas técnicas no todas cambian las sabanas un día una señora que usa lentes me dijo usted si puede tender su cama ya sacuda bien las sabanas y se acuesta por que tengo bastantes pacientes...”

Al ser nuestro aliado en la atención directa e indirecta al usuario, el cuidado que se brinda es oportuno y satisfactorio ya que las actividades se desarrollan de forma organizada y de acuerdo a las funciones asignadas o bajo la supervisión de la profesional de enfermería.

Los técnico de enfermería cumple una función vital dentro de la institución en estudio dado que son quienes están de cierto modo en mayor contacto con los usuarios brindando el apoyo directo ya sea con el control de la diuresis, cambios posturales y ante cualquier eventualidad son quienes nos informan a

los profesiones en los momentos que nos encontramos realizando la labor administrativa o realizando algún procedimiento específico, cuando se tiene un número considerable de pacientes (4) con grado de dependencia III muy aparte de los grados de dependencia I,II. En algunas oportunidades el personal técnico no llega a realizar todas sus actividades asignadas en el cuidado del usuario, por falta de tiempo, demanda de pacientes que muchas veces se llega a descuidar y genere molestia en algunos usuarios, lo que no permite brindar un cuidado optimo.

Atención de médicos, todos los entrevistados manifestaron como fue la atención que recibieron durante su estancia hospitalaria.

Acosta Z, (56), la Organización Mundial de la Salud la calidad consiste en “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos mas adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos de los pacientes y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción.

El Consejo Internacional de Enfermeras ha declarado que el cuidado de enfermería es una necesidad y un derecho universal. Es responsabilidad del profesional de enfermería orientar sus acciones para ayudar a mantener, proteger, y restaurar la salud, evitar las enfermedades, aliviar el sufrimiento y, en fin, ayudar a mantener la calidad de vida de las personas (57).

Como refiere *Escobita* “...me sentía mal y acudí acá al establecimiento y al programa de que había en carpas del dengue y el doctor a cargo me dijo que sacara unos análisis no, y en el cual me salieron positivo luego me trasladaron al área de hospitalización...”

Recuperar la salud siempre va tener el costo de la voluntad, el tiempo, el cumplimiento de lo prescrito.

Como refiere Tomatito “...me llevaron a internar y ya el médico me llevo ver y me internaron quede hospitalizada, de allí quedado en tratamiento por 8 días todos los días llegaba el medico a visitarme y me recetaba medicina...”

Según Acosta Z. (56).en su estudio Percepción de la calidad de los servicios de hospitalización de medicina, cirugía y gineco-obstetricia a través de la evaluación de la satisfacción del usuario externo en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima, 2004 Con relación a la atención de los médicos, esta fue satisfactoria para mas del 80% de usuarios; la información brindada, la comprensión de la misma, las respuestas sobre su enfermedad y la competencia del médico fueron mejor apreciadas en el servicio de gineco-obstetricia; los indicadores relacionados con la información tuvieron asociación significativa con los grados educativos, con mayor fuerza en los niveles secundario y superior, el tiempo dedicado, el trato recibido y la calificación global fueron significativamente mejor valoradas por los pacientes de medicina.

Como refiere Ajicito “... los doctores para que si son bien buenos bien atentos (...) doctores si eran bien amables nos daba cariño amor, amor te digo porque nos decían que es lo tienes mamita como que si fuéramos su familia de ellos...”

La explicación del por qué o para qué es muy importante dentro de la profesión ya que se lograr despejar las duda ante cualquier ocación.

Como refiere Ñatita “...doctor que me atendió me explico que tenía que hospitalizarme porque había que realizarme mas exámenes y observar la

mordedura por mas días, yo les pedia que ya me den de alta me decían tienes que cumplir con tu tratamiento luego ya puedes ir a casita pero si todos han sido amables te saludan nos llamaban por nuestros nombres...”

En salud el objetivo es conducir a un bienestar físico y mental donde la comunicación genera confianza y la arrogancia temor .

*Como refiere **Pernito** “... (doctora me dijo que era porque quería de tratamiento de antibióticos y por la vena porque de caso contrario avanzaría más la infección)...los doctores iban a pasar visita me miraban la herida y le decían a la enfermera que me pongan y ya nada mas así estaba, hasta que al tercer día llego un doctor (...) y él le dijo a la enfermera ya tráiganme material para abrir la herida porque esto ya está ya (...) y él dijo que noo que no duele que soy hombre y los hombres aguantan como machos...”*

La privacidad fue percibida como satisfactoria por el 60.69% de usuarios en general; esta percepción varió cuando se relacionó con los servicios, en gineco-obstetricia donde fue mayor la no satisfacción, seguida de cirugía y medicina; este resultado estaría relacionado con las características propias de las especialidades mencionadas, teniendo en cuenta el tipo de examen físico que deben realizar a las usuarias que atienden; quienes lo definieron como “falta de privacidad”. Estos hallazgos convierten a la privacidad en un tema de interés para ser atendido en los procesos de mejoramiento de la calidad (58).

*Como refiere **Fresita** “...estuve en medicina dándome tratamientos porque me decían que la vesícula la tenía inflamada llegaba el doctor a vernos todos los días hasta que este lista para operarme (...) ya en cirugía el doctor estaba allí con más este creo q eran internos o practicantes estaba que les enseñaba*

allí y eso también incomoda por que entraban toditos y te veían y el doctor (...) no tenía ningún reparo el nomas te levantaba la bata, en cambio el otro doctor él este primero hace que uno se tape y él te mira la herida como que te la machuca y él dice ya estás bien si es posible mañana te vas”.

La atención brindada por parte del personal médico, es fundamental para complementar el cuidado de enfermería y lograr dar seguridad a la recuperación de su salud ya que éste evalúa la evolución favorable o desfavorable durante su estancia hospitalaria aunque muchas se genera un tratamiento mecanizado que solo consiste en continuar con su tratamiento de ingreso o hasta que tenga evalúe el médico internista o emergencista prologando así su estancia hospitalaria del usuario que incluso llegan a adquirir infecciones intrahospitalarias, así mismo desmoralización por parte de los familiares ya que hay médicos que evaden dar información de la evolución del paciente ya sea por demanda de tiempo ya que tienen que atender a los pacientes programados que están esperando en consultorio o emergencia.

Atención de cocina, algunos de los entrevistados manifestaron como fue la atención que recibieron durante su estancia hospitalaria.

Tradicionalmente la comida en los hospitales no ha gozado de buena fama. Sin embargo, en la actualidad las clínicas y hospitales han tomado consciencia de la importancia que tiene cuidar la alimentación de los pacientes hospitalizados, la medicina más importante para un paciente es la correcta alimentación (59).

El papel del dietista- nutricionista como profesional responsable de la gestión de un Servicio de Alimentación Hospitalario es esencial en el cuidado

nutricional y en el proceso de curación de los pacientes. Sin embargo, es importante conocer la aceptación de las dietas servidas en el hospital, ya que una dieta poco apetecible y no consumida no cumplirá su función. La Coordinadora como Nutricionista-Dietista en el área Clínica adecúa las dietas a las patologías de los pacientes así como a sus necesidades nutricionales, intolerancias, alergias y preferencias (59).

Componente del entorno (confort): está dado por las condiciones de comodidad que se ofrece en un establecimiento de salud, es el conjunto de cosas y circunstancias que permiten al paciente sentirse a gusto, como: el orden, la ventilación e iluminación, el suministro adecuado de alimentos, el cuidado de la privacidad, los servicios públicos adecuados (teléfono, señalización, limpieza y orden de los ambientes) (60).

Como refiere **Fresita** “... después a las 7 o 8.30 de la mañana nos traían el desayuno, pero la señora si era buena la del desayuno si era buena todo (... Hay, pero más la comida no me gustaba de allí no me gustaba era fea...)”

Presentar un menú hospitalario tiene varios objetivos, además de garantizar su correcta nutrición. La alimentación tiene como fin curar o ayudar a reforzar las defensas del enfermo y satisfacer sus necesidades nutricionales (59).

Como refiere **Tomatito** “...comida no porque no me daban por que no podía comer porque fui mal pues por el sangrado que había tenido y me suspendieron los alimentos ya ni tenía apetito nada a los cuatro días recién me dieron empezaron a darme y a allí podía comer ...”

El ser humano mal alimentado o desnutrido se expone a una baja de defensas, por lo tanto el organismo será incapaz de combatir las agresiones bacterianas quedando vulnerable a las enfermedades.

*Como refiere **Ajicito** “...como allí dan comida y para que la chica muy buena espero siga siendo así con todos y reciban buena atención (...) algunos les daban a otro nos porque estábamos en nada por vía oral, pero ni agua por último...”*

Es así que todo usuario recibe su dieta según su diagnóstico médico como parte de su tratamiento y fines de recuperación de su salud así mismo se va concientizando a los usuarios y familiares (cuidadores) de la importancia de la ingesta de dietas balanceadas según requerimiento corporal o patológicas.

*Como refiere **Pernito** “...de allí la comida que dan en el hospital como que casi no me gustaba, pero le diré que no es tanto que no me gustaba, sino que me daba medio asco porque habían pacientes que estaban con tos y eso me daba asco y otra que hay una señora (...) que lleva la comida quiere que coman como soldados mas bien te apura...”*

En el ámbito hospitalario en estudio se puede apreciar las diferentes incomodidades o inconvenientes ya que no se cuenta con muchos ambientes como para ubicar a los usuarios con diagnósticos de neumonías separados de los demás usuarios con otras patologías ya que se cuenta solo con un ambiente para aislados en casos de tuberculosis, VIH o amerite aislamiento, y por más que se separe con biombos es inevitable la incomodidad de algunos usuarios al escuchar o percibir los olores desagradables que se suscitan, así mismos la desmoralización que sienten cuando el personal hace entrega de la comida no lo realiza de forma cordial e irresponsablemente a pesar que se le

hace saber el malestar que sienten los usuarios, demostrando una vez más el déficit de personal especializado (Nutricionista).

B. Rutinas hospitalarias.

Algunos sujetos de estudio manifiestan lo siguiente:

Higiene personal, algunos de los entrevistados modificaron algunos hábitos durante su estancia hospitalaria.

La higiene es un conjunto de actividades dirigidas a proporcionar el aseo corporal y comodidad del paciente; incluye los procedimientos de higiene y limpieza de la superficie corporal y mucosas externas, con el objetivo de conservar la integridad de la piel proporcionando bienestar físico y comodidad al paciente durante su estancia hospitalaria, considerando que la piel intacta es la primera línea de defensa del organismo contra las infecciones y lesiones, las practicas higiénicas varían según las normas culturales, creencias, valores morales y la capacidad de conservar hábitos adecuados de limpieza y arreglo personal (61).

Cuidados para resguardar la Autoimagen del Paciente: El cuidado de enfermería debe referirse a la contribución que hace el personal de enfermería para lograr que el paciente tenga una imagen real del y de los que conforman su entorno hay que ayudarlo a mantener su autoestima y aceptarse y estimarse asimismo. Para esto la enfermera debe conocer a fondo al paciente de preferencia, valore, creencias y costumbres y tener una sólida formación científica que haya reforzado sus valores personales acerca del ser humano su comportamiento y su cultura, esta última define muchas reacciones y

comportamientos de las personas sobre todo las creencias religiosas, patrones culturales (62).

La enfermera es la llamada a ayudar al paciente a aumentar su armonía en mente, cuerpo y alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo. como lo manifiestan los diferentes objetos de estudio:

Fresita. *“...al siguiente día nos levantaban temprano para bañarse 5 de la mañana a veces a las 4 nos iban a levantar y uno tenía q bañarse porque pasaban visita médica...”*

El cuidado de nuestro cuerpo a travez de la higiene depende de cada persona donde la autoestima juega un papel muy importante como refiere.

Ajicito *“...nos bañábamos una vez nomas y después ya no nos dejaban bañar porque ya nos tocaba revisión medica, y ya no nos podíamos bañar”*

La ducha diaria ayuda a controlar olores naturales de nuestro cuerpo que son producto de la transpiración como lo refiere.

Ñatita *“...nos despiertan temprano para bañarnos las 5 de la mañana todos estamos despiertos, nos cambia sabanas todos los días...”*

El ducharse evitamos la presencia de gérmenes y bacterias que puedan afectarla salud de nuestra piel como lo refiere.

Pernito *“...nos despertaban temprano a las 4 o 5 de la mañana a la ducha porque teníamos que estar limpios para la hora de la visita...”*

Como parte de las actividades del cuidado que se realizan en el ámbito hospitalario es satisfacer las necesidades de higiene y confort del paciente durante su hospitalización, ofreciéndoles hábitos de higiene para cuando sean dados de alta, de tal modo que vayan mejorando su calidad de vida, así mismo nos permite valorar el estado general del paciente especialmente el estado de su piel, activar la circulación sanguínea evitando las enfermedades de la piel más comunes, establecer una relación con el paciente y familiares insitiéndoles de los cuidados que deben tener según su grado de dependencia, es así que en dicho nosocomio las rutinas de higiene del paciente se dan a partir de las 4 ó 5 am dependiendo de la demanda de los mismos y del grado de dependencia en que se encuentren, respetando costumbres y creencias ya que para la hora de la evaluación médica deben estar en buen estado de higiene.

- C. **Infraestructura del servicio de salud**, revelaron las comodidades que necesitan tener como usuarios en ámbito hospitalario.

Ambiente

Algunos de los entrevistados manifestaron que hubieron algunas cosas que se deberían modificar.

La hospitalización causa estrés en la persona, y genera alteraciones en el bienestar que pueden estar relacionadas directa e indirectamente con la enfermedad diagnosticada, y por eso es necesario aumentar la comodidad del ambiente físico para el paciente y familiar. Watson divide el ambiente externo / interno, en el externo se debe fomentar la seguridad, confort y abrigo y en él, interno la interdependencia entre sí, comunicación y la autorrealización. De ser satisfechas estas necesidades aliviara o disminuirá la angustia o dolor, o mejorara su sentido de adecuación y bienestar (63).

Como refiere **Fresita**. *“...veces cuando estaba dormida y pasaban esos carritos de la basura y hacían una tronazón me levantaba asustada por que hace ruidos pues hartísimo y suenan durísimo a veces el de la comida pasaban camillas a veces pasaban cunitas chiquitas y hacían ruido, en las noches dejaban abiertas las ventanitas y el zancudo hacía calor dejaban todo abierto allí y toda la noche dormíamos así con las ventanas abiertas. El tul no lo bajaba yo porque olía feo...”*

Los ruidos intrahospitalarios se dan todos los días como parte de las rutinas diarias de hospital ya que el personal de limpieza realiza sus funciones durante las 24 horas del día y a la vez los ruidos de camillas etc ya que el servicio de medicina es un nexo para el servicio de gineco-obstetricia alojamiento conjunto lo que consideramos algo inevitable para los usuarios.

Como refiere **Tomatito**. *“...sobre la luz muy bien solo que en las noches habían apagones no, estaba ventilado también muy bien la parte donde eh estado, estaba ventilado y después la bullita de los demás pacientes que se quejaban pues uno ya se imagina lo que es un hospital...”*

Las eventualidades que se presentan en el servicio muchas veces escapan de nuestro cuidado ya que son propias del servicio de la empresa encargada (ENOSA) se trata de solucionar esos inconvenientes con el uso del motor que porta el hospital pero igual se genera la incomodidad a nuestros usuarios hospitalizados y a nosotras mismas como profesionales ya nos sorprende muchas veces realizando procedimientos.

La higiene hospitalaria es uno de los aspectos fundamentales en el control de infecciones, el medio ambiente hospitalario cumple un rol importante en la transmisión de enfermedades y se ha podido relacionar, en algunas

oportunidades como causa directa de la infección de los pacientes, y ha sido responsable de grandes brotes epidémicos. Hoy se considera que todo lo que rodea al paciente debe gozar de una exhaustiva higiene para prevenir infecciones como principio fundamental se tendrá en cuenta que todo lo que se encuentre LIMPIO y SECO no desarrollará gérmenes que puedan provocar infecciones en los pacientes (63).

Como refiere *Ajicito* “...El ambiente también este, no te esta como te diré el ambiente te diré no tan saludable porque allí este hace limpieza todo, pero lo que pasa en los baños bien desasiados y había un solo baño allí que allí se bañaban hombres y mujeres uno tenía que esperar su turno y en un hospital no debe de tener un baño nomas deben ser barios baños de ser para las que dan aluz las que están enfermas, y también debe estar todo limpio porque estaba sucio...”

En la calidad de los servicio de salud no siempre es el cuidado de enfermería es el implicando pues se demuestra que la infraestructura también genera desasosiego.

Como refiere *Ñatita* “...solo que hace demasiado calor que cada rato uno hay que estar bañándose y los baños malogrados una sola ducha prácticamente y la de los hombres todavía allí nos metíamos hombres y mujeres y los zancudos por otro lado ya me daba miedo que me dé el dengue mas bien, pero en las noches ya nos ponían el tul, y peor se sentía el calor pero allí aguantábamos...”

Para las personas los hospitales suelen ser un lugar hostil pero cuando se trata de nuestra salud y al ser seres adaptables no tendremos mayores reparos y los asumimos como experiencias.

*Como refiere **Pernito** “...los señores de limpieza también despertaban temprano con su carro que pasaban recogiendo la basura bien temprano, este lo que si hay muchos zancudos y el calor que no se soporta no hay ventiladores en esos cuartos deberían poner ventiladores...”*

El clima caluroso por el que se caracteriza la localidad y a eso se suma que la infraestructura, el diseño del esenario de estudio genera incomodidad no solamente al paciente, al familiar sino también al mismo personal de salud ya que no se cuenta con la ventilación suficiente lo que hace que los usuarios requieran realizarse el baño corporal constante donde también lamentablemente se tienen que enfrentar a deficiencia de la infraestructura ya que si bien es cierto se cuenta con baño para mujeres y otro para varones pero al igual no se cuenta con un buen servicio por que están deteriorados a pesar que se les informa al área de mantenimiento y logística.

Por otro lado se cuenta con personal designado para limpieza los cuales realizan sus labores las 24 horas pero la deficiencia que percibe es que hay dos programados para cada turno de 12 horas uno para el área de hospitalización medicina – cirugía, pediatría, gineco obstetricia, sala de partos y sala de operación , el otro personal para emergencia y consultorios externos, creando la sobrecarga laboral para el personal técnico de enfermería y pérdida de tiempo en estar ubicándolos para realicen su función cuando se requiere con urgencia o tener que esperar que terminen en un área determinada.

- D. Sentimientos frente a su estancia hospitalaria,** los sujetos en estudio enfrentan sentimientos encontrados, como también se tornan subseptibles ante cualquier antecedente.

Opinion de los demas

Una de las entrevistadas manifestó que escuchar la opinión de los demás influyo en su estado emocional.

El miedo o temor es una emoción caracterizada por una intensa sensación, habitualmente desagradable, provocada por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente, futuro o incluso pasado. Es una emoción primaria que se deriva de la aversión natural al riesgo o la amenaza, lo que incluye al ser humano. La máxima expresión del miedo es el terror. Además, el miedo está relacionado con la ansiedad (1).

Para una enfermera la comunicación con el paciente es su principal herramienta de trabajo, si no dominamos las normas implícitas y muchas veces inadvertidas, que la comunicación tiene, no seremos tan buenos profesionales como creemos. “la comunicación en el contexto de enfermería, debe ser contemplada como una habilidad a ejercitar por las enfermeras, ya que aplicada correctamente permite una mejor y más completa consecución de los cuidados de enfermería, en ese proceso de comunicación debemos ser capaces de identificar lo que nuestro paciente nos demanda en función de lo que espera de nosotros”, esta habilidad es lo que la psicología llama “Empatía” donde se desarrollan estrategias para lograr una relación efectiva con el paciente que durante su enfermedad la vulnerabilidad y la fragilidad emocional aumenta. Para Layton el demostrar al paciente que se captan sus necesidades y sentimientos ayuda a su recuperación (12).

Cuidados de sosiego y relajación: Las personas de manera general cuando descubren que su salud está amenazada recurren a solicitar ayuda pero mucho más cuando la han perdido, ello le genera ansiedad e incertidumbre que altera el sosiego y relajación que empeora los síntomas iniciales y retardan su

tratamiento. En los pacientes hospitalizados no solo les altera la naturaleza del paciente, sino también sistemas, por ello el cuidado va más allá del procedimiento, requiere comprensión de la situación del paciente y su cultura, para Colliere, “La enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que apunta a promover en la personalidad el movimiento de avance hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria” (62).

Como refiere **Fresita**. “...el día de la operación me acuerdo que fue el martes en la noche llego una señora también a internarse porque la iban a operar y como a mí me iba a operar(...) y a ella la iba a operar el doctor(...) a mí me hizo dar miedo se me bajo la presión creo sudaba frio (...) después la licenciada me dijo que no le haga caso que todo va estar bien (...)”

La falta de información puede generar miedo temor inclusive llegar a desconfiar del desempeño de los profesionales de la salud, sumado a eso se puede evidenciar que existen médicos que aprovechando el desconcierto del paciente o familiar por querer ver la mejoría de su salud, optan por mal orientarlos, insitarlos a que realicen denuncias e inclusive realizan comentarios denigrando el trabajo o el profesionalismo de sus colegas y elijan como opciones a sus clínicas o consultorios particulares e inclusive llegan al extremo de confabularse con los internos de medicina para lograr su objetivo, es allí cuando las enfermeras nos tenemos que enfrentar a los cuestionamientos por parte de los familiares que entrar en el trance de elegir la mejor opción en beneficio de la recuperación de la salud.

V. CONSIDERACIONES FINALES

Las consideraciones finales, se presentan a continuación:

1. Los entrevistados pudieron manifestar desde sus diferentes puntos de vista que el humanismo, la empatía, la cordialidad también influye en la recuperación de la salud.
2. Lograron adaptarse a nuevos hábitos de vida de acuerdo a su experiencia hospitalaria los cuales contribuirán en la preservación de su salud.
3. Los sujetos en estudio lograron identificar y manifestar sus incomodidades ambientales de acuerdo a la infraestructura y rutinas diarias en dicho nosocomio.
4. Se manifestó sentimientos de susceptibilidad durante la etapa de enfermedad y reacción ante cualquier eventualidad.

VII. RECOMENDACIONES

Habiéndose establecido las consideraciones finales, a continuación se señalan algunas recomendaciones emanadas de la investigación:

- 1.** Impulsar la atención de enfermería en las diferentes dimensiones, para poder percibir lo que los usuarios sienten, viven o experimentan durante sus estancias hospitalarias.
- 2.** Informar a los usuarios sobre las reglas hospitalarias respetando sus hábitos costumbres y tradiciones de acuerdo a su edad, diagnóstico sin llegar a caer en una rutina.
- 3.** Difundir los resultados del estudio a las autoridades competentes y poder lograr mejoras continuas para lograr la satisfacción del usuario de dicho nosocomio ya que las comodidades ambientales son parte de la recuperación de la salud.
- 4.** Fomentar el acto de escucha al usuario por parte del personal de salud para así percibir sus inquietudes, insatisfacciones, emociones, deseos y lograr así la satisfacción de la atención brindada.

Referencias bibliográficas

1. Masias N. Percepción y Expectativas de los pacientes sobre el cuidado de enfermería en la unidad de recuperación pos Anestesia-Hospital Santa Rosa II Piura 2014. [Tesis para optar el Grado Académico de Magister en Ciencias de Enfermería]. Piura Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2014.
2. Huércanos I. El Cuidado Invisible, una dimensión de la profesión enfermera. Biblioteca Las casas – 2010. 6 (1). Disponible en <http://www.index-f-com/las-casas/documentos/Ic0510.php>.
3. Donabedian A. Evaluando la calidad de atención médica. Editorial prensa mexicana. Donde propone 3 dimensiones según la calidad.
4. Francoise M. Encontrar los sentidos de los cuidados de enfermería Rev. Rol de enfermería, pag.27 1999.
5. D.S. N° 004 – 2002 – SA. Reglamento de la Ley N° 27669. 22 /VI/2002.
6. Barbosa L, Azevedo J. Significado y percepciones sobre el Cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. Index de Enfermería/Versión Impresa ISSN1132- Index de Enfermería RPA/Versión Impresa ISSN113296. <http://dx.doi.org/10.4321/s113212> – Index enfermiv.15n.54. Granada otoño 2006.
7. Ramió A. Valores y actitudes profesionales Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya. http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2867/ARJ_TESIS.pdf?sequence=1. 2005.

8. Eriksen A. Satisfacción del paciente, considerando 6 dimensiones (1988-1995).
9. Gattinara B, Ibacache J, Puente C, Giaconi J. Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud públicos en los distritos de norte e Ichilo, Bolivia. *Cad. Saude. Rio de Janeiro*. 1995;11(3):34-6.
10. Ortega R. *Revista de Salud; Calidad de Atención de Enfermería*. España, 1992. www.ne.udea.edu.co/revista/sep92/calidad.html_36k. Buscador Google. Calidad de la Atención de la Enfermera.
11. Perlasa J. Percepción de la Atención de Enfermería de los Pacientes sometidos a hemodiálisis Periódica frente a sus Reacciones Emocionales, Ecuador, 2002; Buscador Google. Percepción de la atención de Enfermería. <http://usuarios.lycos.es/enfermeriapen/invesc/percepatención.htm>.
12. León A. La seguridad del paciente una responsabilidad en el acto del cuidado. *Rev cubana enfermería* 2006;22(3). Habana cuba.
13. Borré Y. Calidad Percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados en Institución prestadora de servicios de salud de Barranquilla. [tesis para optar el título de Magister en Enfermería con énfasis en Gerencia de Salud]. Bogota-Colombia: Universidad Nacional de Colombia convenio Universidad Simón Bolívar; 2013.
14. Morales M. Calidad de Atención desde la Perspectiva del Paciente; España, 2004, En Tesis; Universidad Autónoma de Nuevo León. Buscador Google. Calidad de la Atención.

15. Hospital Universitario del Valle “Evaristo García”. Calidad de la atención en salud. Percepción de los usuarios. Cali, Valle del Cauca Colombia 2010.
16. Remuzgo A. Nivel de Satisfacción del paciente adulto mayor respecto a los cuidados que reciben de las enfermeras(os) en el servicio de Geriátrica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2011-2012. [tesis para optar el título de Licenciada de enfermería]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos;2003.
17. Zavala G. Nivel de Satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda la enfermería en el servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de mayo 2009. [tesis para optar el título de enfermería]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
18. Lupaca P. Percepción del usuario sobre la calidad de atención en el cuidado de enfermería en el servicio de emergencia del hospital nacional dos de mayo, lima 2013
19. Zapata F. Calidad de atención de las enfermeras desde la perspectiva de los usuarios en el servicio de medicina del Hospital II Jorge Reátegui Delgado- Piura. [tesis para optar el título de Licenciado en enfermería]. Piura: Universidad Cesar Vallejo; 2014.
20. Cisneros J, Chunga S. Calidad del cuidado de Enfermería desde la perspectiva del adulto hospitalizados Sullana- 2010. [tesis para optar el título de licenciados en enfermería]. Sullana: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2010.
21. Mesones K. Expectativas y percepción del cuidado de enfermería del paciente en el área de medicina del hospital III José Cayetano Heredia. Piura; 2010.

22. Proyecto de Salud y Nutrición Básica. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, University Research. Co. Llc; Gestión de la calidad Modulo II; Lima. Editorial del MINSA: 1999.
23. Ministerio de Educación. Principios y valores éticos del acto de cuidado de enfermería. Ley N° 911. Boletín Tribunal nacional de ética de enfermería, Ministro de protección social republica de Colombia gobierno nacional. 45 5 oct de 2004. [citado 20 Nov 2016] disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf .
24. Duque E. Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. INNOVAR. Revista de Ciencias Administrativas y Sociales 2005 15 64-80. [citado 7 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81802505>. .
25. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española, Madrid, España, 2000, pág. 1041
26. Rodríguez A. Calidad de los servicios de salud en Colombia desde la perspectiva del consumidor: propuesta de construcción de una escala de medida.
27. Bejarano M. Percepción de los profesionales de enfermería y las gestantes, sobre la asesoría en VIH en una ese de primer nivel de Bogotá distrito capital. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. Maestría en Enfermería. Bogotá D.C. 2010. <http://www.bdigital.unal.edu.co/2454/1/marthapatriciabejaranobeltran.2010.pdf>.
28. Morales G, Fritjof C. Contestación Posmoderna y Paradigma Ecológico. <http://www.monografias.com/trabajos29/capra-contestación-posmoderna->

paradigma-ecologico/capra-contestacion-posmoderna-
paradigma-ecologico.shtml#ixzz3lvDKqSj6.

29. Mariobo D. Calidad de la Hoja de Registros de Enfermería en el Servicio de Internación del Instituto Nacional de Oftalmología. Gestión 2007-2008. Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición, Tecnología Médica. Unidad de Postgrado. Maestría en Medicina Crítica y Terapia Intensiva en Enfermería. La Paz, diciembre 2009.
<http://bibliotecadigital.umsa.bo:8080/rddu/bitstream/123456789/3644/1/T-PG-640.pdf>.
30. Robbins S. Comportamiento organizacional. 10ma Edición; México. Editorial PEARSON Educación. 2004.P.123-129.
31. Fajardo G. La bioética en la atención de los adultos mayores. Primeras jornadas internacionales para una mejor conciencia gerontológica. Buenos Aires: AMAOTE.1999.
32. Martínez A, Fernández I. Ancianos y salud. Revista Cubana de Medicina General Integral,2008;23 (4) [citado 15 marzo 2016]disponible en http://Scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-21252008000400010&ing=es&nrm=iso.
33. Lain E. Que entre enfermería y paciente se genere una amistad 1990.
34. Parra. J, Rosell Y. Del adulto mayor y el cuidado humano ofrecido por el personal de enfermería en el servicio de medicina “A” cuidado hospitalario. España, Valencia.2004.

35. Ludke M, Andre E. Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU. 1986.
36. Glat R. Somos iguais a vocês. Depoimentos de mulheres com deficiência mental: Agir- 1989.
37. Bertaux D. L'approche biographique: sa validé methologique, sés potentialités. Cahiers internationaux de sociologie. 1980; (69):197-225.
38. Camargo A. Os usos da história oral e da história de vida. Trabalhando com elites políticas. Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro. 1984; 27 (1):5-28.
39. Kolhi M. Biografia: relato, texto, método. In: BERTAUX, D. Biography. A. Society. Beverly Huis, c. USA: Publications. Inc, 1981; 61-75.
40. Minayo M. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
41. Rodriguez G. et al. Metodología de la investigación cualitativa. 2. ed. México Interamericana, 1999. p. 57-61.
42. Chizzotti A. Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.
43. Santos et al. O método de historia de vida na pesquisa em educacao especial. Rev. Bras., Marília. Maio-ago. 2004, v.1, n 2, p. 235-250. Edicao especial.
44. Atkinson R. The life story interview. Thousand oaks: Sage University Paper series on qualitative researchs methods, v. 44, 1998.

45. Poirier J, Clapier-Valladon S, Raybaut P. Historias de vida: teoría y práctica. Trad. Joao Quintela. 2 ed. Portugal: Celta, 1999.
46. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1988.
47. Hernández R. Metodología de la Investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado 2011 Dic. 7]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>.
48. Rada D. El rigor en la investigación cualitativa: técnicas de análisis, credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad.
49. Silva J, Ramón S, Vergaray S, Palacios V, Partezani R. Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital privado, Perú. Science Direct.[serie en internet]. 2015; abr- jun.[citado 18 de abril 2017], V.12 (2): 80-87. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706315000020>.
50. Colegio de enfermeiras (os) del Perú. Normas de gestión de la calidad del cuidado enfermero. Lima: Colegio de enfermeiras (os) del Perú; 2008.
51. Bautista L. Percepcin de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander Aquichan. 2008, 8 74–84 [citado 27 de abril 2017]. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/125>.
52. Schmidt L. Las percepciones de los pacientes de la atención de enfermería en el ámbito hospitalario. Universidad de Miami, Coral Gables, Florida 33143. 2003 Nov; 44 (4): 393-9. [citado 27 abril 2017] disponible em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14651711>.

53. Quintero M, Gómez M. El cuidado de enfermería significa ayuda Aquichan, 2010 (10) 8-18. [citado 27 de abril de 2017]. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74116244002>.
54. Alcaraz G, Zapata M, Gómez M , Tavera E. Funciones del profesional de enfermería en salas de hospitalización de adultos tratando de dar cuidado directo, colombia. Redalyc [serie en internet] 2010; Marz. [citado el 16 Abr 2017]; 28 (1) 43-52. Disponible en : <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215294006>.
55. Espinoza J. Intervención y responsabilidades del técnico de enfermería en la unidad de cuidados intensivos hospital de Emergencias Grau ESSALUD [citado 27 de abril 2017] disponible en : https://es.slideshare.net/cicatsalud/intervencion-y-responsabilidades-tecnico-enfermera-en-uci-cicatsalud?next_slideshow=1.
56. Acosta Z. Percepción de la calidad de los servicios de hospitalización de medicina, cirugía y gineco-obstetricia a través de la evaluación de la satisfacción del usuario externo en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima, 2004. [tesis para optar el título profesional de médico Cirujano]. Lima: Universidad Nacional Mayor de san Marcos 2007.
57. Vega O. Percepción del apoyo social funcional en cuidadores familiares de enfermos crónicos. Aquichan. 2011 11(3): 274-286.[Citado 4 de abril 2017] disponible en:
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2019/html>
58. Blog seguridad alimentaria Delsys 2015 [citado 7 de mayo 2017]
<http://www.delsys.net/.blog-de-seguridad-alimentaria-de-delsys/seguridad-e->

higiene/ la importancia de la calidad alimentaria en las clinicas y hospitales para el proceso de sanacion de pacientes.

59. Ibáñez N, Venega F. El papel del nutricionista en un servicio de alimentación hospitalario. Biociencias
[http://www.uax.es/publicaciones/archivos/CCSORI13_001.pdf].2013 Dic [15 Abr 2017]; 8 (13): 3. disponible en: <http://www.uax.es/publicacion/el-papel-del-nutricionista-en-un-servicio-de-alimentacion-hospitalario.pdf>.
60. Romero L. Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Lima 2008.[Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Lima universidad nacional mayor de san marcos- Perú 2008.
61. Poblete M, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul Enferm. 2007; 20 (4): 499-503.[citado 10 de abril 2017] disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18>.
62. López W, Rodríguez K. Nivel de Satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera en el servicio de medicina del Hospital II 2 Minsa- Tarapoto 2012. [Tesis para optar el título profesional de: Licenciado en enfermería].Tarapoto Universidad Nacional de San Martin 2012.
63. Tapia D. Salud para todos normas de higiene hospitalaria. Glob. 2013 Jul. [citado el 10 de Abril 2016]. Disponible en:
<http://lasaludparatodos01.blogspot.pe/2012/07/normas-de-higiene-hospitalaria.html>



Anexos

ANEXO 01

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE
ESCUELA POST GRADO
PROGRAMA DE MAESTRIA EN ENFERMERÍA**

**PERCEPCIÓN Y EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES
HOSPITALIZADOS DEL SERVICIO DE MEDICINA
SOBRE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.**

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Iniciales o seudónimo del nombre de la persona:

Edad: _____

Estado civil: _____

Grado de instrucción: _____

Ocupación: _____

Número de hijos: _____

Enfermedad actual: _____

Antecedentes de enfermedades: _____

Numero de hospitalizaciones: _____

Días de hospitalizado _____

Hable de lo que usted considera importante respecto de su vida y que tenga relación a la atención de enfermería que recibió hospitalización de medicina.



ANEXO N°02

TERMINO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Percepción y expectativas de los pacientes hospitalizados del servicio de medicina sobre los cuidados de enfermería, que está siendo realizado por la Licenciada en enfermería Yackeline del Carmen Cunya García, bajo la orientación de la Mgtr. Sonia Aleida Rubio Rubio. Los objetivos de la investigación son:

- Analizar la percepción y expectativas de los pacientes hospitalizados del servicio de medicina sobre los cuidados de enfermería

El estudio contribuirá para potenciar la calidad de cuidado, brindando un cuidado humanizado con cierto criterio científico. Para la recolección de la información se realizará una entrevista individual abierta, la cuál será grabada en cinta cassette, a los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina.

Luego las entrevistas serán transcritas en su totalidad para el análisis respectivo.

Al usuario hospitalizado que desea participar en el estudio, se les garantizará el derecho a la identidad e intimidad; además de esclarecimiento respectivo antes, durante y después del desarrollo de la investigación sobre cualquier duda referente al estudio.

Lic. Yackeline del Carmen Cunya Garcia.

Yo:.....mediante los
esclarecimientos arriba citados, acepto participar de la entrevista.

Firma de la entrevistada