



---

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

**PERCEPCION Y EXPECTATIVAS DE LAS PERSONAS  
ADULTAS SOBRE EL CUIDADO DE ENFERMERIA EN  
EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE HOSPITAL  
PÚBLICO- SULLANA, 2016**

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

**AUTORA:**

**Lic. MARIA LUPE QUEREBALU JACINTO**

**ASESORA:**

**Mgtr. SONIA ALEIDA RUBIO RUBIO**

**PIURA - PERÚ**

**2017**

## **JURADO EVALUADOR DE TESIS Y ASESOR**

**Dra. Nelly Teresa Condor Heredia**  
**Presidente**

**Dra. Juana René Aranda Sanchez**  
**Miembro**

**Mgtr. Nancy Patricia Mendoza Giusti**  
**Miembro**

**Mgtr. Sonia Aleida Rubio Rubio**  
**Asesora**

## **DEDICATORIA**

A Dios, por sus bendiciones y darme la confianza para vencer los obstáculos, hacer realidad mis grandes anhelos y sueños en mi vida.

A mi familia, hijos, Maricruz, Monica, Eduardo, Laura y a la memoria de mis padres quienes con su amor incondicional, esfuerzo y ternura; me brindan su apoyo para el logro de mis objetivos.

A mi amiga, Nelly Arcela Perez, mi prima Luz Carmela quienes siempre me brindaron su apoyo solidario e incondicional y asi culminar este estudio.

**MARIA LUPE**

## **AGRADECIMIENTO**

A Mgtr. Sonia Rubio Rubio por su asesoramiento, dedicación y apoyo constante para poder hacer realidad este informe de tesis.

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

A mis docentes de Post Grado quienes brindaron sus conocimientos, experiencias, asesoría y amistad, para guiarme por el camino del éxito.

**MARIA LUPE**

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la percepción y expectativas de las personas adultas sobre el cuidado de enfermería en el servicio de emergencia de hospital público-Sullana, 2016. La investigación fue respaldada por la teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson. La investigación se caracteriza por ser un estudio de naturaleza cualitativa, se utilizó el método de historia de vida, los sujetos de la investigación fueron ocho pacientes, los cuales voluntariamente aceptaron participar. Surgieron 03 categorías temáticas: Caracterización del profesional de enfermería, problemas del entorno y percepción de la calidad del cuidado: Se concluyó que: Los entrevistados expresaron que el cuidado de enfermería requiere mayores conocimientos y habilidades del personal profesional. En las relaciones interpersonales y de confianza implica todas las dimensiones física, cognitiva o intelectual, emotiva, social y espiritual. Reconocen la empatía como la habilidad para identificar sus emociones y comprender el sentimiento ajeno, ponerse en el lugar de la otra persona, aceptarlo y dedicarle el tiempo a escucharlos. Consideran desinformación de parte de la enfermera aducen esta falta a la sobrecarga laboral, desinterés hacia su persona que conlleva a manifestar sentimientos de temor e incertidumbre y tranquilidad cuando reciben orientación y educación en salud. Refieren deficiências en el servicio de emergencias que limita su recuperación y compromete sus expectativas, como necesidades no satisfechas. Por tanto, el profesional de enfermería debe poseer algunos atributos indispensables como la sensibilidad humana para estar disponible a las demandas del paciente, y brindar una atención con visión humanista y holística del cuidado.

**Palabras claves:** Cuidado de enfermería, percepción, pacientes, emergencia

## SUMMARY

This research aimed to determine the perception and adults's expectations about nursing care in the emergency hospital public 's service Sullana, 2016. The research was supported by Jean Watson's theory about transpersonal care. The research is characterized by being a qualitative study, the life's method history was used, and the research subjects were eight patients, who voluntarily agreed to participate. There were 03 thematic categories: the nursing professional 's characterization, the environmental issues and the quality's perception of care: It was concluded that: The interviewees expressed that the nursing care requires greater knowledge and the professional staff 's skills. In interpersonal relationships and trust involves all physical, cognitive or intellectual, emotional, social and spiritual dimensions. They recognize empathy as the ability to identify their emotions and to understand the feelings of others, to put oneself in the other person's place, to accept them and to take the time to listen to them. They consider disinformation on the part of the nurse adduce this lack to the work overload, disinterest towards their person that leads to manifest feelings of fear and uncertainty and tranquility when they receive orientation and education in health. They refer to deficiencies in the emergency service that limits their recovery and compromises their expectations, as unmet needs. Therefore, the nursing professional must possess some indispensable attributes such as human sensitivity to be available to the patient's demands, and to provide care with a humanistic and holistic view of care.

**Key words:** Nursing care, perception, patients, emergency

## INDICE

	<b>Pág.</b>
<b>Dedicatoria</b> .....	v
<b>Agradecimiento</b> .....	vi
<b>Resumen</b> .....	vii
<b>Summary</b> .....	vii
<b>I. INTRODUCCION</b> .....	1
Problematización e importancia.....	1
Objeto de estudio.....	4
Pregunta norteadora.....	4
Objetivos del estudio.....	4
Justificación y relevancia del estudio.....	5
<b>II. REFERENCIAL TEÓRICO - CONCEPTUAL</b> .....	6
<b>2.1. Antecedentes</b> .....	6
<b>2.2. Referencial teórico</b> .....	9
<b>III. METODOLOGIA</b> .....	18
<b>3.1 Tipo de investigación</b> .....	18
<b>3.2 Método de investigación</b> .....	18
<b>3.3 Sujetos de la investigación</b> .....	24
<b>3.4 Escenario de estudio</b> .....	25
<b>3.5 Procedimiento de recolección de datos cualitativos:</b>	26
- Técnicas de recolección de datos.....	26
- Procesamiento de datos.....	33
<b>3.6 Consideraciones éticas y de rigor científico</b> .....	36
<b>IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b> .....	39
<b>4.1 Presentación de resultados</b> .....	39
<b>4.2 Análisis y discusión de resultados</b> .....	39
<b>V. CONSIDERACIONES FINALES</b> .....	50
<b>Referencias bibliográficas</b> .....	52
<b>Anexos</b> .....	58

## I. INTRODUCCIÓN

Con el pasar de los años surgen nuevos modelos de atención o cuidado para ejercer la profesión, pero todos ellos hablan de la relación enfermera-paciente y de la atención que se les debe brindar, buscando siempre una atención de calidad, técnica, científica y humanística.

En el desarrollo de la profesión ocurrieron muchos eventos importantes, a nivel mundial se crearon las asociaciones y colegios de enfermeros, los cuales velan por la atención del paciente correcta e indicada, así como mejorar las relaciones interpersonales entre el profesional enfermero y el paciente, mientras se encuentre hospitalizado. La calidad del cuidado enfermero es indispensable porque en el eje de todos los procesos se encuentra la vida de las personas cuya salud debe ser promovida y protegida como obligación insoslayable de las instituciones prestadoras de servicios de salud (1).

La calidad de la atención es un concepto dinámico y polisémico. Es dinámico porque articula ámbitos institucionales diversos: la cultura de una organización, el clima laboral de los servicios de salud, la respuesta a los problemas de los pacientes y la perspectiva de los usuarios sobre la atención recibida. La construcción de su sentido diferirá si su enunciador es la comunidad científica, los profesionales, los usuarios de los servicios de salud o la opinión pública. También es un término multidimensional tal como mostró A. Donabedian al incorporar, además de la calidad técnica, la relevancia de otras dos dimensiones: interpersonal y servicios (2).

A nivel nacional el Ministerio de Salud (MINSA) 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 (3).

Watson J. define al cuidado como un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar. Aquí la enfermería elabora un concepto de idea moral como la preservación de la dignidad humana. Para Watson el cuidado humano depende del compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo y/o más alto yo, más allá de la situación de salud. El cuidado es una ocasión en la que la enfermera y otra persona se conectan para el cuidado humano con un punto de contacto en un tiempo y espacio determinado (3).

Donabedian, define la calidad de la atención médica como la atención que depende tanto de la percepción como del conocimiento, y se basa tanto en las percepciones del paciente y familiar como en la síntesis exacta de las observaciones de la medicina moderna (4).

Lo cierto es que las urgencias tienen difícil no constituir un punto de referencia básico y crítico para el Sistema Nacional de Salud (SNS). La propia definición que la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace de la urgencia aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia, permite comprender que buena parte del flujo de acceso a estos servicios no sea controlable por la organización pues depende en última instancia de percepciones subjetivas de los usuarios o de las personas cercanas a ellos (5).

Los datos estadísticos mundiales disponibles muestran mediante el impulso que a pesar de los grandes progresos obtenidos hacia el cumplimiento de los Objetivos de

Desarrollo del Milenio (ODM), siguen existiendo retos en términos de reducción de la mortalidad materna e infantil, la mejora de la nutrición, y el logro de un mayor progreso en la lucha contra las enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA, la tuberculosis, las enfermedades tropicales y la hepatitis. El análisis de situación proporciona evidencia de la importancia de abordar las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo como los problemas de salud mental, los accidentes de tránsito, y los problemas de salud ambiental. Los sistemas de salud débiles son un obstáculo que resulta en deficiencias de cobertura universal en salud y la preparación inadecuada para emergencias de salud (6).

En el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima la morbilidad en Emergencia según código CIE 10 sigue siendo “otros dolores abdominales y los no especificados” es la primera causa de Morbilidad durante los tres últimos años, habiéndose reducido en pequeño porcentaje el año 2013. Donde se reportaron 5,517 casos y continua siendo el segundo lugar es la atención del Trabajo de Parto precipitado. Para este tipo de atenciones se han incrementado los casos en un 16% en referencia al año 2012 (con un registro de 4,871 atenciones) esto resulta preocupante, ya que, se evidencia la ineficacia del sistema de redes y micro redes de la DISA IV Lima Este, donde la atención debe ser dada y no saturadas, como son el caso de nuestro tópico de Ginecología en emergencia, así como, nuestras camas hospitalarias en el Departamento de Ginecología con atenciones de baja complejidad (7).

En el Departamento de Piura, los hospitales del sector público enfrentan realidades parecidas y uno de los problemas observados empíricamente en el Servicio de emergencia del Hospital II-2 Sullana, es el malestar frecuente que expresan los usuarios por la atención que reciben. Se evidencia momentos de la verdad caracterizados por trato descortés por parte del personal asistencial y técnico-administrativo, desorientación del usuario y prolongados tiempos de espera para recibir atención. Existe una tendencia creciente en relación al número de atenciones registradas en los últimos años.

El Hospital II-2 Sullana es parte integrante de la Sub Región de Salud Luciano Castillo Colonna, como Hospital de referencia Nivel II-2. Para el año 2015 la población estimada por edades asignada a la Provincia de Sullana es de 317,575 habitantes, población que se distribuye en los 8 distritos circundantes, y que representa el 39,01% de la población de Piura. De las provincias aledañas, la mayor concentración de población está en Piura con 17,92%, Talara en un 16,30%, Paita con 15,50% y Ayabaca con 11,27% (8).

En el primer trimestre del año 2015, entre las causas de atención más frecuentes en el servicio de Emergencia en el área de Medicina, donde la primera causa es Dolores abdominales con el 7,82% de las atenciones de Emergencia y la segunda es Diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso con el 6,8%; el 9,80% de los pacientes hospitalizados sufren de Neumonía No Especificada y como 2da causa tenemos a los pacientes que tienen Accidente vascular encefálico agudo con un 6,67%. Entre las causas de atención en el área de Cirugía, el 15,30% son atenciones por Traumatismos superficiales múltiples, no especificados, el 6,91% por Traumatismo Superficial de la Cabeza, parte no especificada y el 6,22% son por Herida de la cabeza. La tasa mayor de mortalidad entre fallecidos y cadáveres se presenta en el servicio de Medicina, seguido por Cirugía, Pediatría y Ginecología; dando un total de 82 defunciones (8).

A partir de esa problemática se definió como **objeto de estudio** la percepción y expectativas de las personas adultas sobre el cuidado de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital II-2 Sullana, 2016.

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

¿Cuál es la percepción y expectativas de las personas adultas sobre el cuidado de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital II-2 Sullana?

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

- Identificar la percepción y expectativas de las personas adultas sobre el cuidado de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital II-2 Sullana.
- Analizar la percepción y expectativas de las personas adultas sobre el cuidado de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital II-2 Sullana.

Este estudio se justifica porque nos permite profundizar en la comprensión de la problemática de las personas adultas que acuden al servicio de emergencia que, en la mayoría de las situaciones, pasan desapercibidas por el profesional de salud implicando en la calidad o no del cuidado de enfermería. Es **relevante** porque ofrecerá bases tanto en la parte asistencial como en la docencia de enfermería para mejorar la atención a estos usuarios.

El estudio contribuye también, con bases para mejorar la enseñanza de enfermería tanto a nivel de pre grado, como de pós-grado “lato sensu” y “stricto sensu”, ya que la percepción de las personas adultas podrá presentar aspectos que no están siendo valorizados en la formación del profesional de enfermería, con serias implicaciones en la calidad de la atención y en la gestión de los servicios. Además de eso, las necesidades de los usuarios, explicitadas por ellos mismos, propician la planeación de una atención de enfermería a partir de las reales necesidades de los usuarios. Como consecuencia, las acciones de intervención calificarán los cuidados deseados por las personas adultas que acuden al servicio de emergencia en la solución de sus problemas de salud.

## II REFERENCIAL TEÓRICO - CONCEPTUAL

### 2.1 Antecedentes

#### **Investigación actual en el ámbito extranjero**

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la investigación:

Ariza C, y Daza de Caballero R. (9), “Calidad del cuidado de enfermería a paciente hospitalizado en un hospital de tercer nivel de Bogotá” Agosto 2005. Objetivo: Determinar la situación actual del cuidado de Enfermería brindado a los pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna, Cirugía, Hospitalización y Urgencias de un Hospital de tercer nivel ubicado en Bogotá. Conclusión: El presente trabajo pretendió determinar la situación actual del cuidado de enfermería brindado a los pacientes Hospitalizados en los servicios de medicina interna, Cirugía Hospitalización y Urgencia de un Hospital tercer nivel ubicado en Bogotá. Los resultados reportaron en cuanto a la Estructura para la enfermera profesional una suficiencia de 63,7% y para el personal auxiliar de 72,8% con lo cual se ubica en un nivel alto al utilizar la escala previamente establecida.

Fernández N. y Mayorga M. (10), “Nivel de Satisfacción del usuario en relación con atención recibida por el personal de enfermería” - Valle de Pascua –Caracas Venezuela – Julio 2006. Objetivo: Determinar el nivel de Satisfacción del usuario en relación con la atención recibida por el personal de enfermería, que labora en el Centro Diagnóstico Integral “Simón Bolívar Valle de la Pascua, estado Guárico. Conclusión: Los resultados obtenidos permitieron establecer, que la atención de enfermería recibida por usuarios (as) que acuden al Centro de Diagnóstico “Simón Bolívar” de Valle de la Pascua, en un 99% produce satisfacción en los mismos.

Morales C. (11), “Nivel de Satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias, frente a la atención de enfermería en una institución de primer nivel de atención en salud, en Mistrato Risaralda Bogotá febrero-abril 2009. El objetivo que guio la investigación fue: Determinar el nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias frente a la atención de enfermería en una institución de primer nivel de atención en Salud. Conclusión: Los pacientes manifestaron un nivel de satisfacción media con relación a la atención de enfermería, están a gusto con la atención brindada por el personal de enfermería en la parte asistencial y toda actividad que planea la o el enfermero para ofrecer un servicio de salud eficaz y eficiente.

### **Investigación actual en el ámbito nacional**

Córdova B. (12), “Satisfacción del usuario externo en el área de emergencia del Hospital Grau, en relación con la motivación del personal de Salud” Lima – Perú 2007. Conclusiones, la motivación es alta en el personal de salud (media de 27.23 de 30 puntos) con predominio de los factores motivacionales intrínsecos. La correlación entre la satisfacción del usuario externo y la motivación del personal de salud en el área de emergencia es muy baja teniendo en cuenta que solo el 33 % de los encuestados declaran estar satisfecho, 43 % poco satisfecho, y 24 % insatisfecho. El nivel de satisfacción de acuerdo a las variables fluctúan entre los rangos de un máximo de 64.2% de aseguramiento, y un mínimo de 54.9% de empatía.

Espinoza E, (13), “Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la Enfermera en el Servicio de Cirugía del Hospital de Emergencias Grau. Lima Perú – 2010”. Tuvo como objetivo: Analizar la percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de Cirugía. Se usó el enfoque cuantitativo, diseño descriptivo, prospectivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 30 usuarios del servicio de Cirugía. Se utilizó de instrumento un

cuestionario tipo escala de Likert modificada. Se llegó a los resultados que la percepción de los pacientes sobre la calidad de atención que brinda la enfermera es muy favorable en lo referente al componente técnico, Favorable en el componente interpersonal y Muy Favorable en el componente confort.

Timaná I. (14) “Percepción de la calidad de atención por el usuario externo del servicio de emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión” Callao – Perú 2002. Objetivo: Analizar la percepción del usuario externo sobre la calidad de la atención que recibe en el servicio de emergencia con relación a la estructura, procesos y resultados, concluyendo que el 48% de usuarios percibe la calidad de atención ofrecida en el servicio de emergencia como de buena calidad, mientras que el 45% la percibe como de regular calidad, en la dimensión de procesos la percepción de la calidez es regular, mientras un 3% refiere que es de buena calidad.

### **Investigación actual en el ámbito local**

Córdova D, Quilcate R. (15), “Satisfacción y calidad del cuidado de enfermería del adulto en Cirugía”. El objetivo fue determinar la relación entre el grado de satisfacción del usuario adulto y el nivel de calidad del cuidado de enfermería en servicio de Cirugía del Hospital II Jorge Reátegui Delgado-Es salud Piura, 2009. El tipo de estudio fue cuantitativa, descriptiva, correlacional y de corte transversal, se encuestó a 156 usuarios adultos hospitalizados en el servicio de cirugía se utilizó como técnica la entrevista se contó con 2 instrumentos de recolección de datos .Los resultados demuestran que la mayoría de los usuarios adultos refieren estar satisfechos con el cuidado brindado por el profesional de enfermería, y consideran la calidad del cuidado de enfermería como eficiente. Se concluye que si existe una correlación directa entre la interacción enfermera(o) –usuario externo y el grado de satisfacción del cuidado que recibe.

Mesones K. (16), “Expectativas y percepción del cuidado de enfermería del paciente en el área de medicina del hospital III José Cayetano Heredia. Piura; 2010”. Tuvo como objetivo determinar la relación entre las expectativas y la percepción del cuidado de enfermería del paciente Investigación de tipo cuantitativo, prospectivo, de carácter descriptivo–correlacional. La muestra fue de tipo no aleatorio intencional, se usaron cuestionarios. Se concluyó que la mayoría de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del H.J.C.H son adultos con edades de 51 a más, con un ligero predominio del sexo masculino, grado instrucción nivel secundario, con tiempo de hospitalización de tres a cinco días, condición de usuarios asegurados. El 86,96% presentaban un nivel intermedio, el 10,14% poseen expectativas altas y un 2,90% poseen expectativas bajas del cuidado de enfermería.

## **2.2 Referencial teórico**

El presente trabajo de investigación está respaldado teóricamente por la teoría de Watson “cuidado transpersonal”, quien define que el rol de enfermería dentro de las instituciones hospitalarias está socialmente estructurado, adquiriendo los profesionales , una conducta institucionalizada. En la elaboración de su teoría del cuidado humano Jean Watson, en 2006 construye conceptos con base ontológica, ética y epistemológica; confirma que el cuidado está intrínsecamente relacionado con la curación. El cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos (17).

Watson, menciona también los principales elementos del Cuidado que son:

1. Formación de un sistema de valores humanístico altruista. Este factor se puede definir como la satisfacción a través de la donación y ampliación del sentido del Yo.
2. Infundir fe esperanza. Este elemento facilita la promoción de una asistencia de enfermería holística, y potencia la salud entre los pacientes, a la vez que describe el papel de la enfermera en el desarrollo de unas interrelaciones eficaces con el paciente y en la promoción del bienestar ayudando al paciente a adoptar conductas de búsqueda de la salud.
3. Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás. La identificación de los sentimientos conduce a la actualización de uno mismo mediante la auto aceptación de la enfermera y del paciente. Las enfermeras, al reconocer su sensibilidad y sus sentimientos se vuelven más genuinas, auténticas y sensibles hacia los demás.
4. Desarrollo de una relación de ayuda-confianza. Una relación de confianza promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos.
5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos. La enfermera tiene que estar preparada para los sentimientos positivos y negativos, reconociendo que la comprensión intelectual y la comprensión emocional de una situación son diferentes.
6. Utilización sistemática del método de resolución de problemas para la toma de decisiones. La utilización del proceso de enfermería conlleva un planteamiento científico de la resolución de los problemas de la asistencia de enfermería, disipando la imagen tradicional de las enfermeras como “criadas de los médicos “.El proceso de enfermería es similar al de investigación, en cuanto es sistemático y organizado.
7. Promoción de la enseñanza–aprendizaje interpersonal Éste es un concepto importante de la enfermería, dado que separa la asistencia de la curación. Permite informar al paciente y derivar hacia éste la responsabilidad sobre su salud y bienestar. La enfermera facilita este proceso con técnicas de enseñanza–aprendizaje, diseñadas para permitir que el paciente consiga el

autocuidado, determine sus necesidades personales y adquiera la capacidad de desarrollarse personalmente.

- 8.** Provisión de un entorno de apoyo ,de protección y /o corrección mental, física, socio cultural y espiritual .La enfermera debe reconocer la influencia que tiene n los factores internos y externos en la salud y la enfermedad de los individuos .El bienestar mental y espiritual y los planteamientos socio-culturales son conceptos importantes para el entorno interior del individuo. Además de las epidemiológicas, las variables externas incluyen el confort, la intimidad, la seguridad y los ambientes limpios y estéticos.
- 9.** Asistencia con la satisfacción de las necesidades humanas .La enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales de ella misma y del paciente .Los pacientes deben satisfacer las necesidades de orden inferior antes de intentar satisfacer las de orden superior. La alimentación, las eliminaciones y la ventilación son ejemplos de necesidades biofísicas de orden inferior, mientras que la actividad /inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de orden inferior .La realización de la persona y las relación es interpersonales son necesidades psicosociales de orden superior. La autorrealización es una necesidad intrapersonal–interpersonal de orden superior.
- 10.** Tolerancia con las fuerzas fenomenológicas .La fenomenología describe los datos de la situación inmediata que ayudan a comprenderlos fenómenos en cuestión .La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza el análisis fenomenológico. Watson opinó que este elemento es difícil de entender .Se incluye para proporcionar una experiencia motivadora del pensamiento que conduzca a una mejor comprensión de nosotros mismos y de los demás.

Según Watson, el desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal .Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz. La coherencia implica ser real, honesto, genuino, y

auténtico. La empatía es la capacidad para la experiencia y, por tanto, sirve para comprender las percepciones y sensaciones de otra persona y para comunicar aquellas comprensiones. La acogida no posesiva se manifiesta con un volumen moderado del habla; una postura relajada, abierta, y las expresiones faciales, que son coherentes con el resto de las comunicaciones. La comunicación eficaz tiene componentes de respuestas cognitivas, afectuosas y conductuales (17).

En la Teoría de Watson, se considera que el interés de la enfermería reside en comprender la salud como a la enfermedad y la experiencia humana. Dentro de la filosofía y la ciencia del cuidado, intenta definir un resultado de actividad científico relacionado con los aspectos humanísticos de la vida, establecer la enfermería como interrelación de la calidad de vida, incluida la muerte y la prolongación de la vida. Con estos supuestos y factores, Watson, elaboró su teoría y definió los conceptos meta paradigmáticos de la siguiente manera:

- **Salud:** Tiene que ver con una unidad y armonía entre mente cuerpo y alma (espíritu) Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.
- **Persona:** Reconoce a la persona como un ser único que tiene tres esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones. Integral, con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es preponderante para el cuidado del paciente. Watson conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal entre dos personas, con dimensión transpersonal entre la persona que cuida y la persona cuidada, de allí que los profesionales de enfermería al interactuar con la persona que se encuentra enferma, deben priorizar en sus acciones los valores, respetando sus sentimientos y comprometiéndose con el bienestar de quien recibe el cuidado. Con eso pueden establecer una relación más auténtica, *siendo con la otra persona*, buscando nuevos significados a partir de lo que es vivenciado por la persona que se encuentra enferma, esto es que la interrelación sea de

persona a persona, teniendo en cuenta sus dimensiones física, cognitiva o intelectual, emotiva, social y espiritual, o sea, holística.

- **Entorno:** Espacio de la curación, Watson reconoce la importancia de que la habitación del paciente sea un calmante, cicatrizante. La realidad objetiva y externa, marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado). Al ser considerado, el cuidado, como intersubjetivo responde a procesos de salud y enfermedad, interaccionando personas con el medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación.
- **Enfermería:** Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Esta asociación humanística-científica constituye la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar. Está centrada en las relaciones de cuidado transpersonal. Dice que la enfermería es un arte cuando la enfermera/o comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona (17).

Las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención en salud publicadas en los ámbitos nacionales e internacionales durante los últimos años se han venido justificando en el modelo desarrollado por Donabedian en 1980, reconoce que la calidad de atención presenta dos dimensiones. La dimensión técnica que se refiere a la aplicación de conocimientos para resolver los problemas de salud y la dimensión interpersonal que es la interacción que se da entre los profesionales y el paciente al momento de proporcionar la atención. Ambas dimensiones son inseparables y ocurren de manera simultánea cada vez que una persona entra en contacto con los servicios de salud. También menciona que el personal de salud define la calidad de atención de distinta manera a los

pacientes, para el personal de salud la calidad de atención se refiere a proporcionar un diagnóstico y tratamiento adecuado al paciente, sin embargo los pacientes hospitalizados se enfocan más a los aspectos interpersonales de la atención (18).

La concepción de calidad ha ido evolucionando en un primer momento el control de la calidad se basa en técnicas de inspección aplicadas a producción posteriormente nace el aseguramiento de la calidad que persigue garantizar un nivel continuo de la calidad del producto o servicio proporcionado finalmente se conoce como calidad total, un sistema de gestión empresarial íntimamente relacionado con la mejora continua de la calidad (18).

**La calidad en salud** se define como “el cambio en el estado de salud actual y futuro del paciente que puede atribuirse a la atención precedente en salud. Se determina por la accesibilidad a los servicios, la continuidad y la satisfacción de los clientes. Calidad también se refiere a las características para alcanzar la excelencia Donabedian en 1986 y Starfield en 1992, mencionados por Paganini en 1993, define el proceso como un conjunto de actividades que ocurren entre profesionales de salud y usuarios, como sería en el caso de enfermería: Por ejemplo funciones del proceso de atención, relaciones interpersonales, método de organización de trabajo, conocimiento científico, habilidades y destrezas, características del personal de enfermería. Por último, los resultados de atención, se definen como los cambios en el estado de salud que pueden atribuirse a la atención recibida, incluyendo la satisfacción del paciente, capacidad funcional, eventos no deseables y procesos no deseables (18).

**El Área de Emergencia**, es aquel ambiente dependiente de un Centro Hospitalario, donde se otorgan prestaciones de salud las 24 horas del día a pacientes que demandan atención inmediata. De acuerdo a su Nivel de complejidad pueden resolver diferentes categorías de daños (19).

**La Sala de Observación**, es el Área de hospitalización de corta estancia para la atención, tratamiento, reevaluación y observación permanente de pacientes con daños de prioridad I y II, en un período que no debe exceder de 12 horas para los pacientes de prioridad I y de 24 horas para los de prioridad II (19).

Durante la atención de enfermería se presentan situaciones que implican derechos, deberes y obligaciones del profesional, tanto para sus pacientes, colegas y Sociedad en general. Por otro lado cabe destacar que el desempeño del rol del profesional de enfermería puede variar según las circunstancias que se le presenten sobre todo en situaciones que generen estrés como es el caso del servicio de urgencias o emergencia, por lo que se hace necesario conocer más a fondo las funciones del profesional, incluyendo las delimitaciones que hubiere y su inherencia en relación al resto del equipo de salud (20).

**La urgencia médica** se define como toda situación que lleva al paciente, testigo o familiar, a solicitar asistencia médica inmediata. Definición, acorde con los criterios expuestos por instituciones internacionales (OMS) pretende integrar las situaciones vividas por la población como urgencia médica. La emergencia médica es una situación donde existe un peligro inmediato, real o potencial para la vida del paciente y riesgo de secuelas graves, si no recibe atención calificada de inmediato. Se puede definir los cuidados de urgencia y emergencia como la valoración, diagnóstico y tratamiento de problemas observados, actuales o potenciales, súbitos o apremiantes, físicos o psicosociales que se presentan por episodios o de forma aguda, puede precisar cuidados mínimos o de soporte vital, educación al paciente, referencia o traslado adecuado y conocimiento de las implicaciones legales (21).

Los licenciados en enfermería que se desempeñan dentro del campo científico de la medicina, deben desarrollarse como especialistas, sin perder la dimensión holística del cuidado; pues la especialización tiende a tener un enfoque limitado del conocimiento en un área determinada La Enfermería de urgencias y emergencias se encuentra en la actualidad en un umbral de relevancia social.

Las enfermedades cardiovasculares y los accidentes se han convertido en las principales causas de muerte e invalidez en el mundo, por tanto la atención que se presta a estos pacientes queda enmarcada en el ámbito de los cuidados de urgencias y emergencias. Estos cuidados forman parte de la especialidad de enfermería profesional que implica integración de la práctica, investigación, educación y profesionalidad (21).

La práctica comprende valoración, diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana a los problemas percibidos, reales o potenciales, físicos o psicosociales que pueden ser episódicos, primarios y agudos. La investigación es el descubrimiento y la verificación del conocimiento sobre la base del avance en el aprendizaje de la especialidad, que se fundamenta en la premisa de que el paciente es el principal beneficiario. La Educación engloba la formación continuada de uno mismo y la enseñanza a los pacientes (persona, familia y comunidad), además de los miembros del equipo de urgencias. La profesionalidad (responsabilidad, autonomía, autoridad y liderazgo) contribuye al crecimiento de la especialidad, a la formación y mantenimiento de las relaciones interprofesionales (21).

**Luevano S.** (22), refiere que el desarrollo del concepto de cuidado de enfermería ha sido espectacularmente notorio en las dos últimas décadas, haciendo énfasis en aquello que hasta ahora había permanecido invisible en el quehacer de esta profesión: “el arte de la enfermería”, es decir, los aspectos de interrelación de la enfermera usuario como elemento esencial del mismo, coincidiendo en afirmar esto tanto teóricos como investigadores. Encontramos en la literatura actual un sin número de trabajos realizados con el objetivo de avanzar en la conceptualización del cuidado, trabajos en los que tanto usuarios como enfermeras coinciden en identificar el buen cuidado de enfermería de acuerdo al grado en que se dan las siguientes características:

- 1) El involucramiento de la enfermera con el usuario.
- 2) El contacto físico.

- 3) La escucha.
- 4) Las vivencias compartidas.
- 5) El acompañamiento.
- 6) La información para el mejoramiento del autocuidado.
- 7) Ayudar a crecer como ser humano.
- 8) La preocupación por el bienestar y atención de las necesidades del otro.

El concepto **expectativa** en salud hace referencia a aquello que el paciente espera encontrar cuando acude a un servicio de salud. Expectativa según el Diccionario de la Real Academia Española se define como la esperanza de realizar o conseguir algo, la posibilidad razonable de que algo suceda .Desde un punto de vista filosófico, las expectativas están relacionadas con las creencias, el modo de interpretar la realidad y la conducta depende de ellas Las expectativas actúan desde dentro de las personas y modulan su relación con el medio que les rodea (23).

### **III METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo de investigación**

La investigación se caracteriza por ser un estudio de naturaleza cualitativa, que según Ludke M, André E (24), 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 las personas adultas, 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 (25).

Respecto al significado del término historia de vida, la lengua inglesa dispone de dos palabras para traducir el vocablo francés “histoire”, que son “story” e “history”. En 1970, el sociólogo Denzin propone la distinción de terminología como aclara Bertaux D. (26), 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 las personas adultas.

Para Glat R. (25), 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 (25).

Corroborando dicha aseveración, Camargo A. (27), 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. (28), 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. (29), 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. (27), 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 dos 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. (26), 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. (27), 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. (30), 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.

Las personas adultas 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. (31), 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 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 pos parto en Rio de Janeiro/Brasil y Piura/Perú	Disertación de maestría
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	Disertación de maestría

		cotidiano de su práctica asistencial.	
2001	CHAMILCO, R. A. S. I.	Prácticas obstétricas adoptadas por parterastradicionales.	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 ocho las personas adultas que voluntariamente aceptaron participar de la investigación, después de haber sido informados 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. (26), cuanto más diversas 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 principio 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 (26).

El siguiente cuadro presenta a las personas adultas, que fueron atendidos en el servicio de emergencia fueron indicados en el estudio con nombres bíblicos. Respecto a las características de los entrevistados tenemos que las edades varían entre 27 y 53 años; por el sexo tres masculinos y cinco femeninos; por su estado civil dos convivientes, seis casados ; por el grado de instrucción seis tienen algún grado de educación secundaria o secundaria completa , dos con instrucción superior técnica, profesional o incompleta; y la ocupación son cuatro su casa, tres con trabajo eventual y un técnico ; el número de hijos se encuentra entre un máximo de tres hijos en tres entrevistados, dos hijos en dos entrevistados y tres entrevistados manifestaron tener un hijo cada uno.

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	GRADO DE INSTRUCCIÓN	OCUPACIÓN	No DE HIJOS
Diana	46	Femenino	Casada	1° secundaria	Su casa	2
Ruth	27	Femenino	Casada	Secundaria	Trabajo	3

				incompleta	eventual	
Abigail	35	Femenino	Conviviente	Secundaria completa	Su casa	3
Sara	39	Femenino	Conviviente	Superior incompleta	Su casa	1
Samuel	56	Masculino	Casado	Secundaria completa	Trabajo eventual	2
Jonas	41	Masculino	Casado	Secundaria incompleta	Trabajo eventual	1
Elias	53	Masculino	Casado	Superior instituto	Técnico	3
Samara	33	Femenino	Casada	5° Secundaria	Su casa	1

### 3.4. Escenario de estudio

El escenario de estudio fue el Servicio de emergencia del Hospital II Sullana donde la investigadora desarrolla actividades profesionales, lo que facilito la aproximación a los sujetos de estudio. Fue solicitada la autorización a la Dirección para la aproximación a los sujetos de estudio y presentación de la propuesta de estudio, el local de trabajo no constituyo foco de interés de la investigadora.

El Hospital II Sullana ubicado en la Av. Santa Rosa s/n de la provincia de Sullana en el departamento de Piura, tiene una infraestructura muy antigua con más de 50 años de fundación y su capacidad resolutive es para 50,000 habitantes, sin embargo hoy sobre pasa los 110,000 habitantes. El servicio de emergencia solo cuenta con 3 ambientes la cual están adaptados para que funcione como: unidad de emergencia pediátrica, unidad de cuidados intermedios de emergencia y el otro ambiente de observación adultos exclusivamente para la atención de pacientes con diferentes patologías, estos ambientes cuentan con servicios de agua, desagüe fluido eléctrico, pero las paredes, pisos y techos se encuentran deteriorados por la antigüedad, en cuanto equipamiento no se dispone de los equipos necesarios y los existentes son de material antiguo ; cuenta con 15 camas y 6 camillas en total y solo 5 equipos electrónicos de monitoreo, para el cuidado de pacientes.

En el servicio de emergencia, no hay disponibilidad adecuada, para atender a la gran demanda de paciente sin embargo la oferta no es igual lo que genera el descontento de las personas que acuden a solicitar atención, por presentar problemas de salud, y tienen que esperar, porque están ocupados los tópicos o no hay material, lo que origina que el paciente y familiares se quejen por no recibir una atención oportuna además la infraestructura es pequeña observándose pacientes en camilla, el pasadizo y el personal deambula de un lado a otro y solo se dirige a atender la emergencia, además los usuarios refieren que la enfermera los grita y en algunos casos ni lo toman en cuenta cuando les habla, no responden a las preguntas, que se observa el maltrato del usuario por personal de salud poco experimentado para trabajar en áreas críticas.

### **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 (32).

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 (32).

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 (33).

En ese sentido, Santos et al (32), 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 confidencia.

Los relatos de las personas adultas 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, las primeras entrevistas se desarrollaron en una sala del hospital en el servicio de Medicina y Cirugía contando con la presencia del sujeto de estudio y la investigadora del presente estudio, todas estas entrevistas se realizaron durante la mañana entre 09 y 12 del día. Las entrevistas fueron realizadas durante el periodo comprendido entre el 21 de agosto y el 25 de noviembre del 2016.

Bertaux D. (26), 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, se adecuó un consultorio para las entrevistas que se realizaron en los ambientes del servicio de medicina y cirugía del hospital, obteniendo un ambiente privado, cómodo y se procuró un ambiente agradable, permitiendo que los entrevistados 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, para poder llevar a cabo la entrevista se

realizó la selección de los pacientes en el Servicio de Emergencia donde actualmente realizo mis labores de trabajo, para posteriormente realizar la entrevista en el servicio de destino al que fueron enviados los pacientes después de ser dados de alta y hospitalizado. Para realizar las entrevistas se tuvo que coordinar con las enfermeras encargadas de cada servicio para poder entrevistar a los pacientes seleccionados.

Antes de iniciar la entrevista la persona adulta 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. (26), resalta la importância 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.

En los momentos que antecedieron la entrevista, algunas personas adultas se mostraron ansiosos, preocupados con el contenido de la entrevista y en hablar cosas que considerasen importantes para el entrevistador. Inmediatamente, estos sujetos fueron orientados a hablar lo que considerasen importante para ellos y para la vida de ellos, aclarando que todo que ellas hablasen, con certeza, seria relevante.

Asimismo, antes de iniciar la entrevista se aclaró al entrevistado que tenía libertad para hablar sobre lo que desee y que podia 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 representativas de su vida. Pedí que me contará todo sobre su historia de vida como persona adulta atendida en el servicio de emergência 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 de usuaria del Servicio de Emergencia. 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 al cuidado de enfermería que recibió en el Hospital de apoyo II Sullana” 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. Muchos de ellos al recordar ciertos eventos de su vida se pusieron tristes.

El comportamiento durante la entrevista varió de acuerdo con la característica de cada sujeto de estudio y de la fase de como convivian con la situación. Dos fueron los comportamientos identificados:

- Interés en demostrar relajación , aceptación de la problemática y demostrar que habían superado la fase inicial de negación y que convivía con la situación con naturalidad,
- Nerviosismo, tensión y dificultad en hablar al respecto de lo que estaban sintiendo.

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 la persona adulta quería decir exactamente.

En algunos momentos, sentí la necesidad de estimular a la persona adulta 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. (34), 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 (32), 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 45 minutos. Santos et al (32), 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 sujetos de estudios y comentaba cuanto había sido importante y significativo para mí la experiencia de poder compartir con ellos su historia de vida. También, pude observar que los sujetos de estudio estaban felices y que toda

la angustia y ansiedad inicial habían sido sustituidas por tranquilidad. Algunas, incluso, agradecieron la oportunidad de hablar, refiriendo que la entrevista para ellos había servido como un desahogo. Respecto a eso Atkinson R. (34), 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 a la persona adulta, 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. (34). Pero solo uno de los sujetos de estudio solicitó la entrevista, por lo que nada fue alterado.

Las entrevistas fueron grabadas, después de la autorización de la persona adulta, 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 (26), 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. (34), 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 (35), 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 Poirier et al (35), 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 las personas adultas, 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 (32), a veces el referencial teórico cambia en función del análisis de los relatos.

### **Procesamiento de los 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 (36). 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 persona adulta 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 sublineado 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. (26), 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 las personas adultas, o sea, fueron construidas configurando las categorías encontradas y respetando la veracidad de las historias de vida narradas. Santos et al (32), 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. (25), 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 las personas adultas 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 Seis categorías preliminares las que son: Trato, competencia profesional y responsabilidad de la atención (rol), dificultad en las relaciones interpersonales saludables y de confianza, empatía y falta de apoyo emocional, necesidad de información y educación al paciente y familia, contexto hospitalario y expectativas.

Después de haber codificado, se realizó varias lecturas de las entrevistas, buscando asociarlas a las categorías siendo reagrupadas, considerándose la convergencia y divergencia del significado. Este proceso es denominado según Bertaux D. (26), como análisis comparativo. De esta forma a partir de la recodificación surgieron 3 categorías temáticas o categorías analíticas:

- a) Caracterización de la enfermera
- b) Problemas del entorno
- c) Percepción de la calidad del cuidado

### **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: (37,38)

#### **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 dió 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 sirve 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 informe 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 solicitó la 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 mantuvo 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 las personas adultas fueron grabados, y se manejó confidencialmente, usándose sólo para fines de investigación.

## IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1. Presentación de los resultados

a) Caracterización de la enfermera:

Competencia profesional y responsabilidad de la atención (rol), el trato.

b) Problemas del entorno:

Dificultad en las relaciones interpersonales saludables y de confianza, empatía y falta de apoyo emocional.

c) Percepción de la calidad del cuidado:

Necesidad de información y educación al paciente y familia, contexto hospitalario y expectativas.

### 4.2. Análisis y discusión de resultados

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

#### **a. Categoría: Caracterización de la enfermera:**

En esta categoría se han encontrado dos subcategorías que son: Competencia profesional y responsabilidad de la atención (rol) y la subcategoría: el trato.

#### **Subcategoría: Competencia profesional y responsabilidad de la atención (rol):**

En lo referente a la subcategoría competencia profesional tres de los entrevistados expresan que el cuidado de enfermería requiere mayores conocimientos y habilidades como lo manifiesta (Samuel):“*Se acerco una enfermera joven me pincho varias veces en la vena hasta que llegó otra enfermera que al toque logro colocarme la ampolla para el dolor*”. Estas expresiones caracterizan al profesional de enfermería ya que la labor del

profesional se ve reflejada en la atención recibida y la satisfacción a sus necesidades del paciente.

De igual manera (Diana) manifiesta “*Le dije a la enfermera que me sentía calenturada, me puso el termómetro se demoró largo rato creo que se olvidó y después de media hora me saca el termómetro y dijo que tengo fiebre*”. En este caso el seguimiento y dedicación al paciente implica la escasa continuidad en la labor del profesional de enfermería y por consiguiente dificulta la recuperación de su salud.

*También (Ruth) refiere “Tenía ganas de vomitar, llamé a la enfermera, ella acudió inmediatamente y me explicó que era reacción de la medicina y me puso la ampolla para el vómito”*. Los aspectos positivos como negativos asociados a la experiencia durante los procedimientos denotan si se brinda atención oportuna y holística.

Como lo afirma Watson, la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Esta asociación humanística-científica constituye la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar (17).

El trabajo del enfermero se centra en el cuidado del paciente, para lo cual se requiere el dominio de habilidades o competencias específicas. la labor de los enfermeros es señalada por los usuarios como un factor indispensable para calificar el nivel de satisfacción. Además, los atributos que caracterizan la labor de los enfermeros no se hayan asociados principalmente a competencias técnicas de los enfermeros, sino que más bien a competencias blandas, entre ellas, la comunicación, la confianza, la escucha activa, la cordialidad, la amabilidad y el trato tierno acompañado

de una sonrisa. Surge la calidez como la competencia más relevante, siendo el atributo diferenciador de la atención prestada desde la perspectiva del usuario (39).

En esta primera subcategoría podemos afirmar que para brindar una calidad de cuidado de enfermería óptima de acuerdo a la demanda de atención en un servicio crítico como es emergencia, el profesional de enfermería debe mantener una formación científica y humanística, es decir una capacitación y formación continua, que le permita poseer habilidades y conocimientos previos.

### **Subcategoría: El trato:**

En esta subcategoría tres de los entrevistados relacionan el trato que les proporciona el personal de enfermería con el afecto, el contacto directo y el tono de voz con que se dirigen, que los traten de manera amable, que respondan a sus llamadas.

Así como refiere (Abigail): *“Me dieron buen trato, me hablaron con cariño otras en cambio me trataron mal, no hacían caso. Las conductas positivas debe siempre caracterizar al profesional de enfermería ya que mejora la interrelación enfermera-paciente.*

Como refiere (Jonás): *“Me trataban bien algunos otros mal, me gritaban”.* Los aspectos negativos despersonalizan al profesional de enfermería ya que no está enfocado a brindar un cuidado integral hacia el paciente y el respeto a sus derechos.

También (Sara) manifiesta *“No contestaba a las preguntas, era muy seria parecía enojada o es una amargada”.* Entonces, un cuidado no afectivo refleja una atención deshumanizada a la persona cuidada.

El cuidado como valor moral representa el ideal de enfermería por mantener el respeto a la dignidad de la persona solicitante del cuidado. Enfatiza el sentido axiológico en la toma de decisiones éticas para ejecutar acciones cuidadoras. Como relación interpersonal, el cuidado favorece la interacción significativa entre persona cuidada y persona cuidante, en la que se incorporan: conocimientos, sentimientos, responsabilidades, opiniones, actitudes, acciones, con lo que se demuestra preocupación e interés por su alter ego. El cuidado como afecto significa la dedicación afectiva y efectiva del profesional de enfermería para proporcionar la ayuda a la persona que necesita ser cuidado (40).

Según Zarate R. (41), las acciones de enfermería se caracterizan por ser polivalentes, altamente flexibles, con un gran contenido multidisciplinario, pero también lleno de paradojas; se nos pide que desarrollemos el pensamiento crítico, la capacidad de análisis, que consideremos los elementos de la globalización que afectan los sistemas de salud. Se exige además competencias técnicas de muy alto nivel manteniendo una gran sensibilidad para el trato humano de los individuos que se encuentran en situaciones de salud-enfermedad.

Por lo tanto, debemos incluir en el cuidado aspectos afectivos que involucren al paciente y familia en el quehacer profesional, promoviendo un trato humanizado, que refleje una atención de calidad científica y humanística.

#### **b. Categoría: Problemas del entorno**

En esta categoría se considera dos subcategorías que son: Dificultad en las relaciones interpersonales saludables y de confianza, empatía y falta de apoyo emocional.

**Subcategoría: Dificultad en las relaciones interpersonales saludables y de confianza:**

Las expresiones emitidas por dos los entrevistados en las relaciones interpersonales y de confianza implica todas las dimensiones, física, cognitiva o intelectual, emotiva, social y espiritual, y que debemos tener en cuenta para asumir un cuidado holístico y humanista.

Como manifiesta (Elias): *“Cuando me atendieron las enfermeras me orientaban sobre lo que se iba a realizar”, “sentía un poco de miedo no sabía que hacer , empecé a preguntar y vi que preparaba unos medicamentos”, “ la enfermera se acercó a mi cama y le pregunte para que es esa medicina que sino me afecta porque yo tuve gastritis hace un año ,gracias a Dios me empezó a explicar todo, sentí que inspiraba confianza, me gustó mucho la atención que me dió la enfermera”*. Es relevante mantener una relación interpersonal de ayuda confianza para disminuir los temores o sentimientos negativos en las personas que atraviesan por situaciones de crisis en sus vidas.

En cambio refiere Jonas: *“La atención que me brindó una de las enfermeras era pésima, no me gusto para nada, no hacían caso se hacían las sordas, o no sabían explicar del tratamiento”*. Estas expresiones reflejan los sentimientos negativos en la persona cuidada cuando no se mantiene una relación interpersonal eficaz.

Lapeña Y. (42), refiere que una comunicación interpersonal incorrecta tiene repercusiones negativas tanto para el paciente como para los profesionales. A pesar de tener ese conocimiento, encontramos que la mayoría de los enfermeros presentan deficiencias para desarrollar relaciones comunicativas eficaces y estrategias para resolver problemas de comunicación.

También Watson considera dentro de los elementos del cuidado el desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal ya fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos (17).

Confirma Luevano S. (22), identificar el buen cuidado de enfermería de acuerdo al grado en que se dan las siguientes características: El involucramiento de la enfermera con el usuario, el contacto físico, la escucha, las vivencias compartidas, el acompañamiento, la preocupación por el bienestar y atención de las necesidades del otro.

En esta subcategoría se puede afirmar que una relación interpersonal saludable implica que el profesional de enfermería debe mantener la relación de ayuda y confianza en su trabajo diario es decir preocuparnos por ayudar a resolver sus inquietudes, atender sus necesidades, aceptar sus sentimientos, teniendo en cuenta que en el servicio de emergencia la persona cuidada es un ser humano que necesita una atención especializada.

#### **Subcategoría: Empatía y falta de apoyo emocional:**

En esta subcategoría dos de los informantes en este estudio, reconocen la empatía como la habilidad para identificar sus emociones y comprender el sentimiento ajeno, ponerse en el lugar de la otra persona, aceptarlo y dedicarle el tiempo a escucharlos.

Así como manifiesta (Samara): *“Cuando le dije que estaba sensible por la muerte de mi madre hace un mes la enfermera dijo imagino lo que sientes y me dio palmaditas sentí que me consolaba”*. Con estas expresiones se percibe a un ser humano vulnerable que atraviesa por momentos difíciles que requiere de toda nuestra atención.

Así refiere (Elias): *“La enfermera que me atendió me cae simpática le informo que era hipertenso que no me gustaba las comidas de dieta sin sal*

*y ella conversó buen rato conmigo, trato de convencerme para que cambie de hábitos dijo que yo era capaz de hacerlo con un poquito de esfuerzo por mi salud*". La preocupación que se demuestra y el apoyo emocional que se proporciona fortalecen la comunicación empática con quien atraviesa por un proceso de enfermedad y sufrimiento y que necesita ser atendido con calidad.

Como menciona Watson, la empatía es la capacidad para la experiencia y, por tanto, sirve para comprender las percepciones y sensaciones de otra persona y para comunicar aquellas comprensiones. (17).

El ver es otra actitud cuidadora, que determina la presencia significativa del profesional de enfermería, quien debe aprender a interpretar en cada expresión kinestésica lo que el paciente intenta manifestar, lo que siente en el momento del contacto interpersonal. La persona en sus expresiones corporales puede demostrar: soledad, temor, dolor, desesperación, desinformación, dudas, ansiedad entre otros sentimientos; y es aquí donde el profesional tiene la oportunidad de ejercer su rol de cuidadora, mediante la empatía, la comprensión, el respeto, la orientación pertinente, el apoyo emocional y espiritual; todo ello unido a las habilidades, destrezas y la seguridad en la ejecución de los procedimientos técnicos (40).

Por consiguiente, el profesional de enfermería debe apoyar a la persona cuidada por medio de actitudes y acciones que muestren interés por su bienestar y su aceptación como persona que piensa, siente, y padece. Evitar considerarlo como un ser cosificado, que sólo responde a un desequilibrio biológico manifestado por signos y síntomas (40).

Carl Rogers, mencionado por Burgos M y Paravic T(43), afirma que la empatía es la capacidad que se tiene para comprender la experiencia única de la otra persona, por decirlo así de simple, es "estar dentro de los zapatos de alguien" y comunicar algo de esta comprensión. Desde el punto de vista

clínico es la capacidad de captar el marco de referencia del cliente, percibir sus significados personales como si fueran propios y acompañarlo en sus sentimientos, de modo que éste pueda explorar con mayor precisión sus experiencias y clarificar sus sentimientos más profundos.

Entonces, es importante reconocer que el profesional de enfermería se involucre con las inquietudes o los problemas de la persona como ser humano sobre todo cuando se encuentra en un servicio de emergencia y está en una situación crítica que requiere de un cuidado integral y bajo nuestra responsabilidad se tiene que adoptar una actitud empática.

### **c. Categoría: Percepción de la calidad del cuidado:**

En esta categoría se ha encontrado dos subcategorías: Necesidad de información y educación al paciente y familia, contexto hospitalario que limitan su recuperación y compromete sus expectativas.

#### **Subcategoría: Necesidad de información y educación al paciente y familia:**

En esta subcategoría dos entrevistados en este estudio consideran desinformación de parte de la enfermera aducen esta falta a la sobrecarga laboral, desinterés hacia su persona que conlleva a manifestar sentimientos de temor e incertidumbre y tranquilidad cuando reciben orientación y educación en salud.

Como refiere (Jonas) *“temía lo peor, necesitaba saber sobre mi enfermedad, que salio en los análisis y cual seria mi tratamiento lamentablemente nadie me contestaba, todas las enfermeras estaban ocupadas, que espere, que solo el médico es el autorizado a explicarme, sentí que no les importa mi mejoría”*. La falta de educación, información por parte del profesional de enfermería implica la escasa labor educativa

brindada debido a múltiples factores, por lo que no debemos olvidar la parte humanizada para brindar un cuidado integral.

También manifiesta (Sara) *“La enfermera me explico y orientó sobre mi enfermedad y tratamiento eso hacía que salga de dudas y pueda estar tranquila mientras me recuperaba”* En esta entrevista se confirma la participación del profesional de enfermería en su labor educativa y su responsabilidad con el paciente.

En la teoría de Watson se retoma el principio de Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonales y resalta que éste permite mantener al paciente informado por lo tanto se traslada la responsabilidad al paciente de su propio cuidado fomentando el desarrollo personal (17).

Cabe mencionar según el código de ética y deontología en el Perú en el capítulo I, artículo 10, ” La enfermera (o) debe brindar información veraz, clara y oportuna dentro del área de su competencia a la familia y/o comunidad con el consentimiento de la persona, considerando su estado de la salud y las excepciones que la ley establece.

Así podemos apreciar en esta subcategoría la función importante del profesional de enfermería en la educación al paciente y familia ya que afecta el bienestar y la satisfacción de la persona cuidada en un servicio de emergencia. La disponibilidad de la enfermera para brindar la orientación requerida conlleva a fomentar un ambiente tranquilo y por ende a mejorar el estado de salud de la persona atendida.

**Subcategoría: Contexto hospitalario y expectativas:**

Entre las personas adultas entrevistados tres de ellos refieren deficiencias en el servicio de emergencia que limita su recuperación y compromete sus expectativas, como necesidades no satisfechas.

Así como (Sara), refiere “El médico demoró en atenderme y explicarme de los análisis, no tenía cama me pase sentada la noche, me duelen las piernas”. En este caso la comodidad, reposo y la información previa, influye en la percepción positiva a negativa y compromete sus expectativas cuando no se satisface sus necesidades involucrando a todo el personal de salud dentro del contexto hospitalario.

Así también Diana menciona “Sentía escalofrío no tenía sábanas para taparme, yo pensé que el hospital era diferente”. Es necesario propiciar una interrelación afectiva que favorezca la confianza del paciente y así pueda expresar sus sentimientos mediante un trato amable e integral.

Cuando (Jonás) refiere “Solo había un baño tuve que hacer cola, no esperaba esta incomodidad”. En este caso el paciente tuvo una percepción desfavorable respecto a la atención brindada.

En el contexto hospitalario el foco de atenciónes el cuidado del paciente hospitalizado y sus necesidades, lo que implica identificar constantemente los factores internos y externos que están influyendo en la salud de los que están a nuestro cargo, es decir, la atención de enfermería está dirigida al individuo en forma integral, contemplando distintos tipos de estímulos y respuestas en este medio, muchas veces desconocido y doloroso para quienes, por distintos motivos, presentan alguna alteración en el estado de salud, de resolución médica o quirúrgica, y que requieren el ingreso a un establecimiento hospitalario (43).

En la teoría de Watson, se reconoce la importancia de que la habitación del paciente sea un calmante, cicatrizante. La realidad objetiva y externa, marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (17).

Cabe resaltar lo manifestado por Burgos M. y Paravic T. (43), que en una atención que ha priorizado la tecnificación y conocimientos teóricos que son elementos importantes en la atención en salud, éstos no son suficientes si se vulneran los derechos a una atención basada en el trato humano, lo que permite otorgar ciertamente no sólo una mejor atención, sino que un cuidado más digno.

Según Donabedian A (18), la calidad de la atención a la salud debe definirse como “El grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud. Sin embargo, como las consecuencias de la atención se manifiestan en un futuro que frecuentemente resulta difícil de conocer, lo que se juega son las expectativas de resultado que se podrían atribuir a la atención en el presente”. Sin embargo estas definiciones excluyen el espíritu y doctrina a nivel individual y colectivo y priorizan los resultados de una buena gestión administrativa.

Finalmente en esta subcategoría podemos deducir que al conocer las experiencias del paciente y su percepción del cuidado demostrado en conocimientos y destrezas, nos permite mejorar la calidad de atención, cubrir sus expectativas reales y reflexionar en este aspecto que contribuirá en el desarrollo de nuestra profesión. Se puede estandarizar la atención integral siempre y cuando el profesional esté capacitado y especializado en el área de trabajo donde se desenvuelve en este caso en el servicio de emergencia. Por tanto, el profesional de enfermería debe poseer algunos atributos indispensables como la sensibilidad humana para estar disponible a las demandas del paciente, y brindar una atención con visión humanista y holística del cuidado.

## V. CONSIDERACIONES FINALES

Las consideraciones finales, se presentan a continuación:

1. En lo referente a competencia profesional expresan que el cuidado de enfermería requiere mayores conocimientos y habilidades de parte del personal profesional de enfermería.
2. Las expresiones emitidas por los entrevistados en las relaciones interpersonales y de confianza implica todas las dimensiones física, cognitiva o intelectual, emotiva, social y espiritual, y que debemos tener en cuenta para asumir un cuidado holístico y humanista
3. Dentro de los problemas del entorno, reconocen la empatía como la habilidad para identificar sus emociones y comprender el sentimiento ajeno, ponerse en el lugar de la otra persona, aceptarlo y dedicarle el tiempo a escucharlos.
4. En la percepción de la calidad del cuidado se considera desinformación de parte de la enfermera aducen esta falta a la sobrecarga laboral, desinterés hacia su persona que conlleva a manifestar sentimientos de temor e incertidumbre y tranquilidad cuando reciben orientación y educación en salud.
5. Desde el punto de vista de las personas atendidas se manifiesta deficiencias en el servicio de emergencias que limita su recuperación y compromete sus expectativas, como necesidades no satisfechas.

## Recomendaciones

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

1. Sensibilizar al personal de enfermería y a autoridades, formadores de profesionales para la capacitación y formación continua por especialidad y así mejorar la calidad del cuidado de enfermería.
2. Proporcionar información constante acerca de los servicios que se presta un servicio de emergencia.
3. Reconocer derechos como pacientes, sus derechos humanos y ciudadanos, así como el respeto a la ley para brindar una atención integral de salud.
4. Establecer la atención de enfermería teniendo en cuenta los principios bioéticos.
5. Mantener la investigación cualitativa en el tema de calidad del cuidado en emergencias.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gonzáles J, Quinteros D Percepción del Cuidado Humanizado en pacientes que ingresan al Servicio de Hospitalización de Urgencias de Ginecoobstetricia de una institución de II y III Nivel de Atención. Bogotá, 2009.
2. Petracci M. Seminario-V-Septiembre 2004 "Calidad de atención en salud", Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) (Facultad de Ciencias Sociales, UBA). Buenos Aires Argentina. [En línea]. Disponible: [http://www.cedes.org.ar/Publicaciones/SSPP/2004/SSPP200405 .pdf](http://www.cedes.org.ar/Publicaciones/SSPP/2004/SSPP200405.pdf)
3. 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/enfermeriapien/invesc/percepatención.htm>
4. Ramírez T, Nájera P, Nigenda G, Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. Salud Pública de Mex 1990; 32(2): 113-117.
5. Instituciones Españolas de defensores del pueblo. Las Urgencias Hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: Derechos y garantías de los pacientes. Madrid Eduardo Dato 2015
6. Informe Estadísticas Sanitarias Mundiales 2016. Publicado en la Página web de la OMS, Disponible en [:http://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_content&view=article&id=117:publica-la-oms-el-informe-estadisticas-sanitarias-mundiales-2016&Itemid=499](http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=117:publica-la-oms-el-informe-estadisticas-sanitarias-mundiales-2016&Itemid=499)

7. El Plan Operativo Anual del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2016 Disponible en :  
[http://www.hnhu.gob.pe/transparencia/Planeamiento%20y%20Organizaci%C3%B3n/POA%202016%20\(Preliminar\).pdf](http://www.hnhu.gob.pe/transparencia/Planeamiento%20y%20Organizaci%C3%B3n/POA%202016%20(Preliminar).pdf)
8. Anuario estadístico Hospital II Sullana 2015. Disponible en :  
[http://www.hospitalsullana.gob.pe/index.php?option=com\\_content&view=article&id=45&Itemid=30](http://www.hospitalsullana.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=45&Itemid=30)
9. Ariza C, Deza R. Calidad del cuidado de Enfermería a pacientes Hospitalizados en un Hospital de Tercer Nivel Bogotá 2005.
10. Fernández N, Mayorga M. Nivel de Satisfacción del Usuario en relación con la atención recibida por el personal de Enfermería. Venezuela 2006.
11. Morales G. Nivel de Satisfacción del paciente que asiste al servicio de urgencias frente a la atención de enfermería en un establecimiento del primer nivel de atención de salud en Mistrato, Risaralde, febrero abril 2009 Santa Fe Bogotá. Disponible en:  
<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis12.pdf>
12. Córdova V. Satisfacción del usuario externo en el área de Emergencia del Hospital Grau em relación con la motivación del personal de salud |trabajo para optar el grado académico de Magister en Gerencia de Servicios de Salud |Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos;2007.
13. Espinoza E. Percepción del Paciente Acerca De La Calidad De Atención que brinda La Enfermera en el Servicio De Cirugía del Hospital De Emergencias Grau. Lima Perú – 2010. Disponible en:  
<http://eprints.uanl.mx/1799/1/1080116245.PDF>

14. Timaná L. Percepción de la calidad de atención por el usuario externo del servicio de emergencia del hospital nacional Daniel Alcides Carrión | Para optar el título de Maestra en Administración de los servicios de Salud. UNMSM. | Callao. Perú. Revista electrónica de Portales Médicos.com 2006. Disponible en :<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/24/3/Percepcion-de-la-calidad-de-atencion-por-el-usuario-externo-del-servicio-de-emergencia-del-hospital-nacional-Daniel-Alcides-Carrion---Callao.-Per%FA>.
15. Córdova D, Quilcate R. Satisfacción y calidad del cuidado de enfermería del adulto en servicio de Cirugía del Hospital II Jorge Reátegui Delgado-Es salud Piura.2009.Disponible en URL: <http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/14859.pdf>
16. Mesones K. Expectativas y percepción del cuidado de enfermería del paciente en el área de medicina del hospital III José Cayetano Heredia. Piura; 2010.
17. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 7ma ed. Barcelona: Mosby; 2011.p. 94-99.
18. Donabedian A. Garantía y Monitoria de la Calidad de la Atención Médica. Instituto Nacional de Salud Pública. México. 1990
19. Dirección General de Salud de las Personas. “Guía Técnica del evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. MINSA. Lima \_ Perú. 2007
20. Travieso E. La responsabilidad del Profesional de Enfermería en el cumplimiento de la indicación médica verbal, en la Unidad clínica de Emergencia del Hospital Universitario Dr. “Luis Razzetti” |monografía en internet | Barcelona, Estado Anzoátegui, 2009.|citada 2016 Enero 20 Disponible en :<http://www.monografias.com/trabajos73/responsabilidad->

[profesional-enfermeria-cumplimiento-indicacion/responsabilidad-profesional-enfermeria-cumplimiento-indicacion2.shtml](#)

21. León C. Enfermería en Urgencias. La Habana: Ciencias Médicas, 2008.
22. Luévano S. El arte del cuidado de enfermería Aventuras del pensamiento 2008  
pág. 49
23. Alfranca R. Expectativas y preferencias en la utilización de Servicios de Atención primaria | TESIS DOCTORAL| España Girona 2014.
24. Ludke M, Andre E. Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.
25. Glat R. Somos iguais a vocês. Depoimentos de mulheres con deficiência mental: Agir; 1989.
26. Bertaux D. L'approche biographique: sa validité méthodologique, ses potentialités. Cahiers internationaux de sociologie, n. 69, p. 197-225, 1980.
27. Camargo A. Os usos da história oral e da história de vida. Trabalhando com elites políticas. Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, 1984. p.5 a 28.
28. Kolhi M. Biografia: relato, texto, método. In: BERTAUX, D. Biography. A. Society. Beverly Hills, c. USA: Publications. Inc, 1981. p, 61-75.
29. Minayo, M. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
30. Rodríguez G. et al. Metodología de la investigación cualitativa. 2. ed. México Interamericana, 1999. p. 57-61

31. Chizzotti A. Pesquisa en Ciencias Humanas e Sociais.4ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.
32. Santos et al. O método de historia de vida na pesquisa emeducacao especial. Rev. Bras. Marília. Maio-ago. 2004, v.1, n 2, p. 235-250. Edicao especial
33. Augras M. PrefácioEmGlat, R: Somos iguais a vocês: depoimentos de mulherescomdeficiência mental. Rio de Janeiro: Editora Agir, 1989.
34. Atkinson R. The life story interview. Thousand oaks: Sage University Paper series on qualitative researchs methods, v. 44, 1998.
35. Poirier J, Clapier-Valladon S, Raybaut P. Historias de vida: teoría y práctica. Trad. Joao Quintela. 2 ed. Portugal: Celta, 1999.
36. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1988.
37. Hernández R. Metodología de la Investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado 2011 Dic. 7]. Disponible en : <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>
38. Rada D. El rigor en la investigación cualitativa: técnicas de análisis, credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad. [Documento en internet]. [Citado 2012 Ene. 21]. [11 paginas] Disponible en :[www.redem.org/boletin/files/Dora%20Magaly%20Rada%202.doc](http://www.redem.org/boletin/files/Dora%20Magaly%20Rada%202.doc)
39. Lagos Z, Andrucioli C, Urrutia M. Competencias Blandas y Calidez en Enfermería: Definiciones, Concepción y Características. 2013, Horiz Enferm, 24, 1, 32-41 Disponible en: [http://revistahorizonte.uc.cl/images/pdf/241/31\\_competencias%20blandas%20y](http://revistahorizonte.uc.cl/images/pdf/241/31_competencias%20blandas%20y)

[%20calidez%20en%20enfermera%20definiciones%20concepcin%20y%20caracteristicas\\_horizonte%2024-12013.pdf](#)

40. Guevara B, Evies A, Rengifo J, Salas B, Manrique D, Palacio C. El cuidado de enfermería: una visión integradora en tiempos de crisis Englobal Enero 2014 N° 33 Pág. 327 ISSN 1695-6141 Universidad de Murcia
  
41. Zarate R. La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index Enferm [Internet]. 2004 [citado 2017 Mayo 25]; 13(44-45 ): 42-46. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es).
  
42. Lapeña Y, Cibanal L, Pedraz A, Loreto M. Las relaciones interpersonales de los enfermeros en asistencia hospitalaria y el uso de habilidades comunicativas. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, España 2014 Jul-Set; 23(3): 555-62.
  
43. Burgos M, Paravic T. Percepcion de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugia de un hospital publico1 ciencia y enfermeria IX (2), 2003, Chile | Tesis para optar al grado de Magister en Enfermería. |Disponible en : <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v9n2/art04.pdf>

**Anexos**



**ANEXO 01**

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

**PERCEPCION Y EXPECTATIVAS DE LAS PERSONAS ADULTAS SOBRE  
EL CUIDADO DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE  
HOSPITAL PÚBLICO- SULLANA, 2016**

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN:**

**Iniciales o seudónimo del nombre de la persona:**

---

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Grado de instrucción: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Número de hijos: \_\_\_\_\_

Hable de lo que usted considera importante respecto de su vida y que tenga relación a la atención de enfermería cuando acudió al Servicio de Emergencia del Hospital II Sullana.



## ANEXO N°02

### TERMINO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Percepción y expectativas de las personas adulta sobre el cuidado de enfermería, es un estudio, que está siendo realizado por la Licenciada en enfermería María Lupe Querebalu Jacinto, bajo la orientación de la Magister Sonia Aleida Rubio Rubio.

Los objetivos de la investigación son:

Analizar la percepción de las personas adultas atendidas en servicio de emergencia sobre el cuidado de enfermería.

El estudio contribuirá para potenciar la calidad de cuidado, brindando un cuidado humanizado con cierto criterio científico. Para la recolección de la informaciones se realizará una entrevista individual abierta, la cuál será grabada en cinta cassette, a las personas atendidas en el servicio de emergencia

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

A los participantes que desean 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. Enf. María Lupe Querebalu Jacinto

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

---

**Firma de la entrevistada**

