



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES

CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE POST GRADO

PERCEPCIÓN Y EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES

ADULTOS SOBRE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE

ENFERMERÍA EN EL CENTRO DE SALUD I-4

HUANCABAMBA-2016

TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO ACADÉMICO DE

MAESTRO EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AUTOR:

LIC. GUBER JOEL SÁNCHEZ GUERRERO

ASESORA

MGTR. SONIA ALEIDA RUBIO RUBIO

PIURA - PERÚ

2017

JURADO EVALUADOR Y ASESORA

Dra. Nelly Teresa Condor Heredia

Presidente

Dra Juana Rene Aranda Sanchez

Secretaria

Mgtr. Nancy Patricia Mendoza Guisti

Miembro

Mgtr. Sonia Aleida Rubio Rubio

Asesora

AGRADECIMIENTO

Quiero dar gracias especialmente a esta prestigiosa casa de estudios Universidad Católica los Ángeles de Chimbote por darme tan buena enseñanza.

Agradezco también a las personas que ayudaron e hicieron posible en realizar esta investigación, en calidad de entrevistados.

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

GUBER JOEL

DEDICATORIA

A Dios por haberme dado la vida, a mis padres: Marcelino y Magdalena por ser mi ejemplo de vida y enseñarme a no rendirme.

A mis hermanas, Fanny, Johana y mi hermano Thiago, por su comprensión y su apoyo constante en esta ardua tarea.

GUBER JOEL

RESUMEN

El presente informe de investigación tiene como objetivo Determinar la percepción de los pacientes adultos sobre la calidad del cuidado de enfermería en el centro de salud I-4 “Jesús Francisco Guerrero Cruz”-Huancabamba. Fue de tipo cualitativo, utilizo el método de historia de vida. La muestra estuvo conformada por 7 personas adultas que utilizan los servicios de salud del establecimiento, a las que se les formulo la pregunta norteadora ¿Cuál es la percepción de los pacientes adultos sobre la calidad del cuidado de enfermería en centro de salud I-4 – Huancabamba 2016. Luego se procedió a las transcripciones de cada una de las entrevistas y posteriormente se establecieron dos categorías, llegándose a las siguientes conclusiones: Relación Enfermero Paciente, la cual estuvo formada por dos subcategorías; La Comunicación y El Buen Trato. Y por ultimo la satisfacción

PALABRAS CLAVE: Calidad, Cuidado enfermero, Expectativas Percepción, Persona adulta.

ABSTRACT

The present research report aims to determine the perception of adult patients about the quality of nursing care in the health center I-4 "Jesús Francisco Guerrero Cruz" -Huancabamba. It was qualitative, I use the method of life history. The sample consisted of 7 adults using the health services of the establishment, which were asked the guiding question. What is the perception of adult patients about the quality of nursing care in a health center? I - 4 - Huancabamba 2016. Then the transcripts of each one of the interviews were proceeded and later two categories were established, arriving at the following conclusions: Nurse Patient Relationship, which was formed by two subcategories; Communication and Good Treatment. And finally the satisfaction

KEY WORDS: Quality, Nursing care, Expectations Perception, Adult person.

INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA	7
2.1 Antecedentes.....	7
2.2 Bases Teóricas.....	12
III. METODOLOGÍA	18
3.1. Tipo de Investigación.....	18
3.2 Método de investigación.....	19
3.3 Sujetos de estudio.....	25
3.4 Escenario de estudio	26
3.5 Técnicas de recolección datos.....	28
3.6. Procedimientos y análisis de los datos.....	33
IV. CONSIDERACIONES ETICAS DE RIGOR CIENTIFICO	36
V. ANALISIS TEMATICO	38
5.1. Relación Enfermero- Paciente.....	38
5.2. Satisfacción.....	41
VI. CONSIDERACIONES FINALES	43
VII. RECOMENDACIONES	44
ANEXOS	50

I. INTRODUCCIÓN

La calidad del cuidado de enfermería es un derecho universal por parte del usuario, el cual debe ser brindado de manera responsable, manteniendo una relación interpersonal, aplicando los conocimientos teóricos, técnicos y científicos, de esta manera se asegura la continuidad de los cuidados.

Entonces es importante la valoración por parte del usuario que recibe y percibe los cuidados de enfermería, de esta manera se puede realizar acciones encaminadas a mejorar la salud de los pacientes propiciando un entorno adecuado donde tanto el usuario como el profesional de enfermería se pueda desenvolver sin tener ningún obstáculo.

Sin embargo, se puede observar en el centro de salud I-4 - Huanca bamba, que la falta de recursos humanos, materiales, infraestructura, etc, limita que se brinde un cuidado de calidad a los usuarios. Reflejándose en el limitado tiempo que tiene la enfermera(o) para cumplir en su totalidad todas sus funciones, por ellos es común observar que la atención inmediata del RN la brinde la obstetra, corriendo el riesgo de que la atención tenga consecuencias negativas, ya que no se encuentra preparada para actuar en este campo. También es importante destacar que las normas técnicas que da el ministerio de salud, no se cumplen a su totalidad, ya que la demanda es enorme, debido a ello es común observar que cada control de crecimiento y desarrollo dure 15 minutos, limitando a que el profesional de enfermería brinde un cuidado de calidad. La misma situación sucede con las profesionales que laboran en el área de hospitalización ya que podemos observar que por turno encontramos a una sola enfermera que también tiene que hacerse cargo del área de emergencia. Otra problemática sucede cuando se realizan cesáreas de emergencia ya que no cuentan con enfermera instrumentista y quien asume esa función muchas veces son las profesionales de obstetricia, por lo dicho anteriormente, se puede deducir que los cuidados carecen de calidad, repercutiendo los mismos en la salud física y emocional del paciente.

La práctica científica de la enfermería requiere la adopción de una teoría que de significado a la realidad donde se ejecutan los cuidados, y un método sistemático para determinar, organizar, realizar y evaluar las intervenciones de enfermería. (..) dos personas interactúan para satisfacer sus requerimientos de cuidados de salud, relacionados con la actividad de la vida diaria, existe una habilidad normal por parte de estas personas de cuidarse así misma, la cual puede verse disminuida por una enfermedad, efecto de un tratamiento o por la edad, además también influye el funcionamiento físico, psicológico social y espiritual ⁽¹⁾.

El ejercicio profesional de enfermería involucra los conceptos de ética, moral, principios éticos, valores éticos en el arte de cuidar, esencia del quehacer de esta profesión, teniéndose como responsabilidades fundamentales el fomentar y restablecer la salud, prevenir la enfermedad, aliviar el sufrimiento, orientando y fundamentados estos cuidados en el respeto a la vida, la dignidad y los derechos humanos ⁽²⁾.

Los modelos se desarrollan mediante conceptos relacionados que aún no han progresado hacia una teoría. Estos conceptos constituyen unos diseños estructurales que dan lugar al modelo, este no es más que una etapa intermedia en el desarrollo de una teoría. Los conceptos tienen que poseer un valor, o estar considerados como relevantes para la medición de los resultados específicos de una disciplina. (...) modelos de enfermería: 1. Son representaciones de la realidad de la práctica. 2. Son contruidos para hacer comprensibles lo que hacen y deben hacer los profesionales en enfermería ⁽¹⁾.

Los modelos de enfermería establecen el pensamiento, guían su contenido y práctica, son valiosos para la práctica porque: 1. Sirven como elementos o instrumentos de unión entre la teoría y la práctica. 2. Pueden clasificar nuestras ideas sobre elementos de una situación práctica relacionada entre sí. 3. Pueden ayudar a quienes trabajan en enfermería para comunicarse en mayor eficiencia. 4. Puede servir de guía en la práctica, la docencia, la investigación y la administración ⁽¹⁾.

Conceptos básicos en la unidad de enfermería: 1. La persona que recibe los cuidados. 2. El entorno de esa persona. 3. La salud. 4. Los propios cuidados de enfermería. (...) Necesidad de un modelo para el cuidado de enfermería. Las explicaciones teóricas en las que se sustentan los cuidados de enfermería se encuentran en los modelos de

cuidados. Los conceptos acerca del cuidado es uno de los elementos nucleares o paradigmáticos de los modelos de enfermería. (...) Roger en 1967 planteo: “sin la ciencia de la enfermería no puede existir la práctica profesional” ⁽¹⁾.

La calidad es un concepto integral, en el que se involucran diferentes actores: el estado, las empresas promotoras de salud, los prestados del servicio y los usuarios, debiendo asumir cada uno funciones para propender por la calidad de la atención en salud ⁽²⁾.

La calidad de la acción de enfermería está en relación directa con el nivel de conocimiento y comprensión de la persona que lo practica. Una profundización de estos conocimientos mejora la calidad de los cuidados prestado a las personas, familia y comunidad. (...) las “teorizadoras” de la escuela del caring creen que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas, si se abren a dimensiones como la espiritualidad (Jean Watson, 1985) y la cultura (Madeleine Leininger, 1998), y se integra los cuidados a estas dimensiones. Esta escuela tiene influencia de Florencia Nightingalen y de la antropología ⁽¹⁾.

Definida la calidad del cuidado de enfermería como: “la provisión de cuidados básicos, técnicos y de comunicación con oportunidad, pertinencia y continuidad satisfaciendo las necesidades del paciente a fin de mantener o mejorar la calidad de vida del mismo.” La calidad es un concepto multidimensional que implica el comportamiento interrelacionado de diversos atributos o condicionantes (pertinencia, accesibilidad, continuidad, relaciones interpersonales, comodidad, satisfacción del usuario, oportunidad) en busca de una eficacia y eficiencia de los servicios prestados, haciéndose esto evidente a través de la óptima atención en salud brindada, la cual se refiere a las diferentes acciones y actividades necesarias para promover, mantener y restablecer de manera integral de salud⁽²⁾.

Los cuidados de enfermería deben estar fortalecidos por información actualizada, científica y alineada con las prácticas seguras, desarrollar una cultura de prevención y sumarse a los esfuerzos por tener sistemas de salud más saludables y eficientes, con apego a las metas internacionales de seguridad del paciente. (...) la planeación y el control del proceso de la atención están basados en la identificación de riesgo y daños a

través de un proceso de intervención intencionado mediante el cual se conocen todas las condiciones no favorables para una atención de calidad ^{(3)}}.

La gestión en enfermería implica asumir el papel de líder asertivo teniendo en cuenta la satisfacción del cliente interno, externo y el cumplimiento de los objetivos de la institución y a las normas legales existentes. De esta manera la enfermera se enfrenta a grandes retos para la práctica y la gestión del cuidado de enfermería como son el déficit financiero, de enfermeras, de insumos para la atención en salud, las condiciones de práctica, normatividad excesiva, la legislación, las exigencias del usuario cada vez más informado así como los cambios epidemiológicos y demográficos debiendo buscar alternativas que lleven a garantizar la calidad del cuidado al paciente ⁽²⁾.

Desde enfermería, cuando hablamos de calidad, cuando cuestionamos o nos proponemos ofrecer, dar, vender calidad, tendremos que establecer que grado, que nivel, que volumen de calidad y excelencia queremos conseguir y teniendo siempre presentes las circunstancias que nos puedan enmarcar o condicionar: cuantías económicas, de medios técnicos, recursos humanos, etc. (...) a veces hablamos de bioética, de calidad y de excelencia, de su medida, de comités de ética, y parece que tratamos sobre algo que no existe. Que no llega ni a la categoría de idea tal como se la cuestionaba platón. Sería triste, imaginamos, tener que decir u oír de los enfermeros/as respecto a la calidad de su trabajo aquello de Heráclito: <<los hombres no han llegado al conocimiento de este logos que ha existido desde siempre, ni antes de haber oído hablar de el ni tampoco después>> ⁽⁴⁾.

Es consolador ir viendo como en algunos hospitales se ha incorporado la figura de la enfermera de calidad, que atiende, supervisa y orienta en esta faceta de la calidad asistencial ⁽⁴⁾.

Encontramos como teoristas principales que nos hablan del cuidado a Virginia Henderson y Dorothea Orem. Ellas nos hablan que el cuidado es el foco acción principal de enfermería.

A partir de esa problemática se definió como objeto de estudio la percepción y expectativa de los pacientes adultos sobre la calidad del cuidado de enfermería en el centro de salud 1-4 - Huancabamba - Piura, 2016.

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

- ¿Cuál es la percepción de los pacientes adultos sobre la calidad del cuidado de enfermería en el centro de salud 1-4 - Huancabamba?
- ¿Qué expectativas tienen los pacientes adultos sobre la calidad del cuidado de enfermería en el centro de salud 1-4 - Huancabamba?

En los momentos que antecedieron la entrevista, algunas personas adultas que se atienden en ES I- 4 Huancabamba 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, sería relevante.

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

- Determinar la percepción de los pacientes adultos sobre la calidad del cuidado de enfermería en el centro de salud 1-4 - Huancabamba.
- Analizar las expectativas de los pacientes adultos sobre la calidad del cuidado de enfermería en el centro de salud 1-4 - Huancabamba.

En el quehacer diario de la profesión de enfermería es común observar ciertas deficiencias que ponen en tela de juicio la calidad del cuidado de enfermería, muchas de estas deficiencias tienen como factor condicionante las deficiencias logísticas y de personal, de infraestructura; esto genera que el tiempo de atención que brinda el profesional de enfermería sea insuficiente para las expectativas del usuario. El presente

proyecto se justifica en la ley del trabajo de la enfermera(o) N° 27669, el reglamento de la ley de trabajo de la enfermera(o), código de ética y deontología.

El presente estudio contribuirá a mejorar la calidad de atención de enfermería, en todos los niveles de atención, y en sus diferentes áreas donde se desenvuelve el profesional de enfermería.

Además es importante resaltar que el estudio de busca determinar la percepción de las personas adultas sobre la calidad del cuidado de enfermería, de esta manera se propondrán soluciones encaminadas a mejorar la calidad del cuidado y mantener una estrecha relación de empatía con el paciente, las mismas que ayudan a mejorar la calidad de vida de las personas.

II. REVISION DE LITERATURA

II.1 Antecedentes

Investigación actual en el ámbito extranjero

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la investigación:

Torres C ⁽⁵⁾, en el año 2011 presento un estudio denominado percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados [tesis doctoral]. Colombia 2011. Estudio cuantitativo descriptivo, de corte transversal, con una muestra de 75 pacientes. Obteniendo como resultado lo siguiente. Excelente 58,7%, muy bueno 29,3%, bueno 10% y regular 1,3%.

Santana J, et al ⁽⁶⁾ en su estudio denominado evaluación de la calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza en la región Centro -Oeste de Brasil [disertación de maestría]. Brasil 2014. Estudio cuantitativo, de corte transversal, con una muestra de 275 pacientes internados. Concluyendo que con respecto a la calidad del paciente, se pudo concluir que hay un déficit de la calidad de los cuidados de enfermería prestados en la institución. Sin embargo, se identificó una correlación débil a moderada entre calidad de la atención de enfermería y satisfacción del paciente.

Torres C ⁽⁷⁾, en su estudio denominado percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. [Tesis para optar por el grado académico de magister en enfermería con énfasis en gerencia en salud]. Colombia 2009. Estudio cuantitativo, descriptivo. Con una muestra de 180 pacientes. Donde se obtuvo que el 95,7% de los pacientes evaluó como positivo el cuidado recibido por enfermería y solo el 0,6% de los encuestados valora el cuidado de forma negativa. Respecto a la mejora en el cuidado,

El 76,1% de los encuestados respondió que el cuidado de enfermería no requiere ser mejorado, lo cual es congruente con la valoración general del cuidado realizada por los pacientes.

García A, et al ⁽⁸⁾ en el 2011 realizo un estudio denominado calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados con Dolor. [Tesis para optar por el grado académico de maestra en enfermería con énfasis en administración de los servicios de enfermería]. México 2011. Estudio cuantitativo. Con una muestra de 77 enfermeras con un resultado que muestran que un 90.9% proporcionan cuidado con calidad máxima, 7.8% con calidad y 1.3% con calidad minina.

Investigación actual en el ámbito nacional

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la investigación:

Salcedo S ⁽⁹⁾ en su investigación denominada percepción del cuidado de Enfermería y Satisfacción de la Madre en la UCI Neonatal del Hospital Belén -Trujillo, 2014. [Tesis para optar el grado académico de magister en ciencias de enfermería]. Estudio cuantitativo, de corte transversal, descriptivo, correlacional. Con una muestra de 50 madres. Donde los resultados obtenidos fueron: la mayoría de las madres (82%) presenta un nivel de percepción buena respecto al cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Belén de Trujillo. Más de la mitad de las madres (56%) tiene buen nivel de satisfacción respecto al cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Belén de Trujillo. Existe correlación significativa y directa entre el nivel de percepción del cuidado de enfermería y el nivel de satisfacción de la madre en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Belén - Trujillo.

Favian D ⁽¹⁰⁾, en su estudio denominado Nivel de Satisfacción percibida y Calidad del Cuidado Enfermero en la persona Hospitalizada. Hospital Jerusalén - la esperanza, 2015. Trujillo. [tesis para optar el grado académico de magister en ciencias de enfermería]. Estudio cuantitativo,

de corte transversal, de diseño descriptivo, correlacionar. Con una muestra de 142. Incluyendo: el nivel de satisfacción percibida del cuidado enfermero en la persona hospitalizada es medio, siendo el 42%. En relación al nivel de la calidad del cuidado enfermero en la persona Hospitalizada es alto, siendo un 44% por último los resultados demuestran que si existe relación significativa entre el nivel de satisfacción percibida y la calidad del cuidado enfermero en la persona hospitalizada.

Delgado M ⁽¹¹⁾, en la investigación denominada percepción del paciente con sida sobre el cuidado que brinda la enfermera en servicio de infectología del Hospital Nacional Dos de Mayo 2007. Lima. [tesis para optar por el título profesional de licenciada en enfermería]. Estudio cuantitativo, de tipo descriptivo, con una muestra de 18 pacientes. Se obtuvo los siguientes resultados: de 18 pacientes que representan el 100% se resaltan que el 72.2(13) de pacientes, tienen una percepción desfavorable, 17%(3) medianamente favorable, 11%(2) favorable.

Quispe A ⁽¹²⁾, presento su estudio denominado Opinión que tienen los pacientes del servicio de medicina general sobre la calidad de atención de la enfermera en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima 2005. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería]. Estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal. Con una muestra de 80 pacientes. Obteniendo que en cuanto a la opinión del paciente sobre la calidad de atención de la enfermera; del 100% de los pacientes, el 45% (36) presentan una opinión medianamente favorable, el 30 % (24) presentan una opinión desfavorable y el 25% (20) presentan una opinión favorable.

Romero L ⁽¹³⁾, en su estudio de investigación denominado percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Lima 2008. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería]. Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. Con una muestra de 60 pacientes. Encontrándose que: en cuanto a la percepción del paciente sobre la calidad de atención que brinda la enfermera del 100 % (60), 28.33 % (17) presentan una percepción favorable, 15 % (9) medianamente favorable, 31.67% (19) medianamente desfavorable y 25 % (15) desfavorable.

Investigación actual en nuestro ámbito

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la investigación:

Neyra Y ⁽¹⁴⁾, en su estudio denominado determinantes de la salud en la mujer adulta en el caserío Quispe, Huancabamba - Piura, 2013. [Tesis para optar por el título de licenciada en enfermería]. Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. Con una muestra de 280 mujeres adultas. Donde encontró que el 46% de las mujeres recibió una atención de calidad.

Córdova D, Quilate R ⁽¹⁵⁾, en el 2009 realizó un estudio denominado satisfacción y calidad del cuidado de enfermería del adulto en cirugía. Essalud Piura, [tesis para optar por el título de licenciadas en enfermería]. Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, correlacional. Con una muestra de 156 usuarios adultos. Donde se obtuvo que el 87.82% de los usuarios están satisfechos en el aspecto de valoración de la atención de enfermería, mientras que el 85.26% en el de experiencia resultante y el 84.62% en fidelidad de la atención de enfermería. También que el 67.31% de los usuarios adultos están satisfechos con la atención de enfermería y respondieron que el cuidado que brindan es eficiente; mientras que el 15.38% están satisfechos con la atención, pero en la calidad hay deficiencias.

Domador M, Guerrero B ⁽¹⁶⁾, realizó un estudio denominado satisfacción del cuidado enfermero del usuario con insuficiencia renal. Piura. 2009 [tesis para optar por el título de licenciadas en enfermería]. Estudio cuantitativo, descriptivo, de una sola casilla y de corte transversal. Con una muestra de 62 usuarios. Donde se obtuvo que el 90.30% de usuarios tienen un nivel de satisfacción alto con respecto al cuidado de enfermería recibido por la enfermera, mientras que el 9.70% tienen un nivel medio. También el 96.8% de usuarios tienen un nivel de satisfacción alto en la dimensión biológica, mientras que el 3.2% presentan un nivel medio.

Rosillo A, Ojeda F ⁽¹⁷⁾, en su estudio de investigación denominado satisfacción del cuidado de enfermería en la usuaria ginecológica. Piura, 2009. [Tesis para optar por el título de licenciados en enfermería]. Estudio cuantitativo, prospectivo, descriptivo y de corte transversal. De una sola casilla. Muestra de 31 usuarias. Obteniendo como resultados que el 41.94% de las usuarias ginecológicas respondieron que su nivel de satisfacción en el cuidado de enfermería es bajo, seguido de un 38.71% con un nivel de satisfacción medio, mientras que el 19.13% indicaron que es alto. Así mismo que el 48.38% de las usuarias ginecológicas respondieron que su nivel de satisfacción en el cuidado de enfermería en la dimensión biológica es alto, seguido de un 41.94% con un nivel de satisfacción medio, mientras que el 9.68% indicaron que es bajo. También se observó que el 41.94% de las usuarias ginecológicas respondieron que su nivel de satisfacción frente al cuidado de enfermería en la dimensión social es bajo. Así mismo concluye, que el 51.62% de las usuarias ginecológicas respondieron que su nivel de satisfacción en el cuidado de enfermería en la dimensión espiritual es bajo.

II.2 Bases teóricas

Cuidado enfermero: Leninger define como “aquellos actos de asistencia, de soporte o facilitadores que van dirigidos a otro ser humano o grupo con necesidades reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar las condiciones de vida humana” (...) Dorothea Orem (1972). Define el cuidado como “una actividad orientada hacia el objetivo de satisfacer necesidades determinadas”. Desde la perspectiva del autocuidado lo explica como “una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia si mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar” ⁽¹⁸⁾.

Virginia Henderson: “la función específica de la enfermera es ayudar a la persona, enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y a hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápidamente posible” ⁽¹⁹⁾.

Ernestine Wiedenbach. El útil arte de la enfermería clínica. La orientación de wiedenbach es una filosofía de la enfermería que guía la acción de la enfermera en el arte de la enfermería. Wiedenbach especifico los cuatro elementos de enfermería clínica: a) filosofía, b) objetivo, c) práctica y d) arte. Esta autora postulo que la enfermería clínica se dirige a satisfacer las necesidades de ayuda percibidas por el paciente. Su punto de vista acerca de la disciplina refleja el periodo en el que se ponía un énfasis considerable en el arte de la enfermería. Siguió la teoría de Orlando del proceso deliberativo y no automático, e incorporo los pasos del proceso de enfermería ⁽¹⁹⁾.

Lydia Hall: modelo de esencia, cuidado y curación (core, care, cure): en la década de 1960 publico más de 20 artículos sobre el Loeb Center y sus teorías de cuidados a largo plazo y el control de enfermedades crónicas.

Usando tres círculos interseccionados para presentar los aspectos del paciente, Hall propuso que las funciones de enfermería son diferentes. El círculo del cuidado representa el cuerpo del paciente, el círculo de la curación representa la enfermedad que afecta al sistema físico del paciente y el círculo de la esencia representa los sentimientos internos y el control de la persona ⁽¹⁹⁾.

Joyce Travelbee: modelo de relaciones entre seres humanos. Propuso que el objetivo de la enfermería es ayudar a una persona, familia o comunidad a prevenir o afrontar las experiencias de la enfermedad y el sufrimiento y, si es necesario, a encontrar un significado para estas experiencias, siendo el fin último la presencia de la esperanza ⁽¹⁹⁾.

Ida Jean (Orlando) Pelletier: teoría del proceso de enfermería. La teoría de enfermería de Orlando resalta la relación recíproca entre paciente y enfermera. Lo que la enfermera y paciente dicen les afecta a ambos. Orlando (1961) ve la función profesional de la enfermería como la resolución y el cumplimiento de la necesidad de ayuda inmediata del paciente. Esta función se consigue cuando la enfermera resuelve y satisface la necesidad de ayuda inmediata del paciente ⁽¹⁹⁾.

Florence Nightingale: se centró en el entorno. Aunque ella nunca utilizó el término entorno en sus escritos, definió y describió con detalles los conceptos de ventilación, temperatura, iluminación, dieta, higiene y ruido, elementos del entorno que se han acabado conociendo como entorno en discusiones de su obra. Persona: en la mayoría de sus escritos, Nightingale hacía referencia a la persona como paciente. Salud: definió la salud como la sensación de sentirse bien y la capacidad de utilizar al máximo las facultades para vivir. Entorno: en su definición de entorno, no se excluye prácticamente ningún elemento del mundo del paciente ⁽²⁰⁾.

Jean Watson: El trabajo de Watson se ha considerado una filosofía, un diseño, una ética, un paradigma, un punto de vista, un tratado, un modelo conceptual, un marco y una teoría (Watson, 1996). Watson pide unir la ciencia con las humanidades para que las enfermeras tengan un sólido fondo artístico liberal y entiendan otras culturas como requisitos para utilizar la ciencia del cuidado y un marco mente - cuerpo - espiritual. ⁽²¹⁾.

Marilyn Anne Ray: El interés de Ray por el cuidado como tema de conocimiento en enfermería surgió por su trabajo con Leininger, El cuidado se define como un proceso relacional transcultural complejo asentado en un contexto ético y espiritual. El cuidado es la relación entre la caridad y la acción correcta, entre el amor como compasión en respuesta al sufrimiento y a la necesidad, y la justicia o la equidad en relación con lo que debe hacer ⁽²²⁾.

Marriner T; define los sistemas de enfermeros como series y secuencias de acciones prácticas de las enfermeras que actúan para proteger y regular el desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes. (...) brindar cuidados significa ser responsable de proveer o encargarse de individuos que dependen de otros por sus condiciones o estado de salud podemos conceptualizar el cuidado enfermero como “conjunto de funciones que desarrolla la enfermera (o) en la atención y cuidado al usuario, fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico- científico orientada a comprender a la persona usuaria en el entorno en el que se desenvuelve, actuando en la prevención, la curación y la rehabilitación de la persona en el proceso salud-enfermedad” ⁽¹⁸⁾.

Gestión del cuidado: se entiende por calidad, la aptitud de un producto, servicio o proceso, para satisfacer las necesidades de los usuarios, entendiendo por calidad total, el proceso que implica hacer las cosas bien y mejorarlas constantemente. (...) para hablar de calidad en salud es esencial hacer conciencia de la diversidad étnica y cultural del país, por

ello más que un esfuerzo de homogenización, es básico un enfoque de dialogo intercultural, tanto en la definición de objetivos de calidad como en las acciones concretas de mejoramiento ⁽¹⁸⁾.

La calidad es independiente de múltiples factores, objetivos y subjetivos, sin embargo es mensurable a través de métodos cuantitativos y cualitativos, la evaluación de la calidad según el enfoque sistemático de salud comprende: a. Estructura (referido a la organización de la institución y a las características de sus recursos humanos, físicos y financieros) b. (proceso corresponde al contenido de la atención, es decir los servicios de salud que se ejecutan y la forma como se ejecutan, y c. resultado (representa el impacto logrado con la atención, en términos de mejoras en la salud y el bienestar de las personas, grupos o poblaciones, así como la satisfacción de los usuarios por los servicios prestados) ⁽¹⁸⁾.

Dimensiones de la calidad: Avedis Donavedian, considerado el padre de la calidad, propone tres dimensiones: los aspectos técnicos de la atención, las relaciones interpersonales que se establecen entre proveedor y usuario y el contexto o entorno de la atención. Tales dimensiones se expresan de la siguiente manera ⁽¹⁸⁾.

- a) Dimensión técnico - científica, referida a los aspectos científicos técnicos de la atención, cuyas características básicas son: Efectividad, eficacia, eficiencia, continuidad, seguridad e integridad.
- b) Dimensión humana, referida al aspecto interpersonal de la atención, y que a su vez tiene las siguientes características: Respeto, Información completa, Interés, Amabilidad y Ética
- c) Dimensión del entorno, referida a las facilidades que la institución dispone para la mejor prestación de los servicios y que generan valor agregado para el usuario a costos razonables y sostenibles: Implica un nivel básico de comodidad, ambientación, limpieza, orden,

privacidad y el elemento de confianza que percibe el usuario por el servicio.

Calidad de los servicios de enfermería: se concibe como “la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable”. (...) “la orientación del cuidado de enfermería para prestar ayuda eficiente y efectiva a la persona, a la familia y a la comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnicos, científicos, sociales, humanos y éticos”⁽¹⁸⁾.

Los modelos de enfermería de suplencia y ayuda, en el encontramos como representantes a Virginia Henderson y Dorothea Orem, las cuales fomentan el autocuidado. Virginia Henderson (1955 – 1950), conceptualizo la función propia de la enfermería, que consistía en atender a la persona sana o enferma en sus actividades, para contribuir a su salud o recuperación, y las que realizan, si tienen fuerza, voluntad y conocimientos necesarios⁽²³⁾.

Encontramos también a Dorothea E Orem, que en su teoría del déficit del autocuidado; concibe la idea de que el objetivo de enfermería es ayudar al individuo a mantener por sí mismo acciones de autocuidado para presentar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias que de ellas se derivan. Orem clasifico su teoría del déficit de autocuidado en enfermería como una teoría general o gran teoría, integrada a su vez por 3 subteorías que se interrelacionan: 1. El autocuidado (¿Cómo se cuidan las personas y porque?). 2. El déficit de autocuidado (¿Por qué la enfermería puede cuidar a las personas?). 3. Sistema de Enfermería (¿Qué relaciones deben crearse y mantenerse para que exista la enfermería?)⁽²³⁾.

Orem etiqueto su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por las siguientes tres teorías relacionadas: 1. La teoría de autocuidado, que describe por qué y el cómo las personas cuidan de sí mismas. 2. La teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica como la enfermería puede ayudar a la gente. 3. La teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero ⁽²⁴⁾.

Kristen M. Swanson teoría de los cuidados: los cuidados son una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal. Swanson desarrollo aún más su teoría de los cuidados haciendo explicitas sus principales asunciones sobre lo cuatro fenómenos de interés fundamentales en la disciplina enfermera: enfermería, persona- cliente, salud y entorno ⁽²⁵⁾.

III. METODOLOGIA

III.1 TIPO

La naturaleza de la investigación fue de tipo cualitativa, que según Ludke M, André E. ⁽²⁶⁾, 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”. La investigación cualitativa se sitúa como un componente indispensable para generar conocimiento enfermero acorde con el enfoque holístico de atención a las personas. La investigación cualitativa se basa en una visión holística del mundo y asume que existe más de una realidad. Esta realidad se basa en percepciones y, por lo tanto, es distinta para cada persona y cambia a lo largo del tiempo: desde esta perspectiva, lo que nosotros conocemos solo tiene significado dentro del contexto y de la situación en que lo conocemos⁽²⁷⁾.

La investigación cualitativa se caracteriza por el uso de una gama particular de métodos con la finalidad de explorar áreas sustantivas sobre las cuales se conoce poco o mucho pero se busca obtener un conocimiento nuevo. También se pueden usar para obtener detalles complejos de algunos fenómenos, tales como sentimientos, procesos de pensamiento y emociones, difíciles de conocer por otros métodos de investigación⁽²⁷⁾.

Enfermería, así como las ciencias sociales puede estudiar los fenómenos en su contexto, tratando de encontrar la interpretación de los mismos, a partir de los significados que las personas les conceden. El foco de atención está dirigido a las múltiples dimensiones propias de la realidad social. “desde el marco conceptual del holismo, la investigación cualitativa explora la profundidad, la riqueza y la complejidad inherente a un fenómeno”⁽²⁸⁾.

La investigación es la base esencial para el desarrollo de un cuerpo de conocimiento propio. Sin embargo, a pesar de haberse demostrado que la práctica de la enfermería basada en la investigación ofrece mejores resultados que la práctica de cuidados basada en la intuición, solo una pequeña parte de la práctica enfermera se basa en la investigación.

Florence Nightingale (siglo XIX) fue la primera en observar que es esencial conocer el resultado de cada intervención para planificar los cuidados más efectivos. Además defendió que la evaluación cuidadosa de la investigación es necesaria para ganar conocimiento sobre qué es lo mejor y que no lo es para los pacientes, legitimando así la enfermería como profesión ⁽²⁹⁾.

III.2 Método

El método que se utilizó es la historia de vida, esta metodología permitirá una mayor aproximación con los pacientes adultos, presentando las experiencias y las definiciones vividas e interpretadas por ellos.

En el método historia de vida se solicitó a los sujetos de estudio contar la historia de su vida en relación a lo que es importante investigar, es el modo como el individuo representa los aspectos de su pasado que considera relevantes para la situación actual ⁽³⁰⁾.

Respecto al significado del término historia de vida, la lengua inglesa dispone de dos palabras para traducir el vocablo francés “Historie”, que son “Story” e “History”. En 1970, el sociólogo Denzin propone la distinción de terminología como aclara Bertaux D. ⁽³¹⁾, 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. El primer abordaje es el más apropiado para este estudio o sea comprende la narrativa de la calidad del cuidado de enfermería con que brinda a sus pacientes.

Para Glat R. ⁽³⁰⁾, 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, se convierte en un aprendiz frente al sujeto de estudio. La dirección de la investigación la tiene el entrevistado, a partir de su visión del mundo, de cómo vivió 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.

El respeto que el investigador tiene por la opinión del sujeto, es la diferencia fundamental del método historia de vida para otros abordajes, todos los relatos de los entrevistados son considerados de mucha importancia. El investigador acredita en el sujeto. Y este último no es visto como objeto pasivo de estudio, las personas y los escenarios no son considerados como variables sino como un todo y por tanto son muy valiosos. Al contrario, el investigador y el sujeto se complementan y modifican mutuamente en una relación dinámica e dialéctica⁽³⁰⁾.

Y para corroborar dicha aseveración, Camargo A. ⁽³²⁾, 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 empíricos y las preposiciones teóricas.

A decir de Kohli M. ⁽³³⁾, construir una historia de vida no significa simplemente coleccionar hechos de la vida individual, pero si autoimagen estructural, es decir, el modo por el cual el individuo representa aquellos, quiere decir es relevante en términos de intenciones (futuro - orientadas) por las cuales el guía sus acciones actuales.

En Minayo M. ⁽³⁴⁾, se dice que el método historia de vida puede ser de varios tipos: una historia de vida completa que recubre todo el conjunto de experiencia vivida por una persona, un grupo o una institución; una historia de vida tópica que enfatiza una determinada etapa o sector de la vida personal o de una organización; historia oral que generalmente enfoca acontecimientos específicos tales como fueron vividos por una persona o grupo social.

La historia de vida, según Camargo A. ⁽³²⁾, es un método muy apropiado para estudiar situaciones sociales, que son guardadas sigilosamente, siendo indispensable el conocimiento íntimo de los sujetos para aflorar tendencias oscuras que moldean la realidad social de diversas categorías.

Las características básicas del método historia de vida son 2: a) la experiencia del autor usado de manera horizontal buscando encontrar patrones universales de relaciones humanas y percepciones individuales, e b) interpretaciones sobre el origen y funcionamiento de los fenómenos sociales, a través de articulaciones temporales fortalecidas por las entrevistas.

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

Bertaux D. ⁽³¹⁾, 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.

Camargo A. ⁽³²⁾, nos dice que 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. ⁽³⁵⁾, 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 el conjunto de los eventos de una existencia individual concebida como una historia.

Los pacientes adultos como sujetos formularan reflexiones sobre su vida, en cuanto narraran en el contexto del presente, liberando su pensamiento crítico, que además de seleccionar los hechos determinaran el significado atribuido a ellos, realizando un verdadero balance de su vida.

Utilizar la historia de vida como método de investigación, llego al medio académico en el año 1920 en chicago, según nos dice Chizzotti A. ⁽³⁶⁾, y

fue desarrollado por Znanieski, en Polonia, en la década de 60. Se utiliza mucho en sociología, antropología y psicología y en los últimos años en las investigaciones en las áreas de educación y enfermería está presente. Cabe registrar que el método de historia de vida en el área de la salud fue utilizada por Glat (psicóloga brasilera, 1989 y 1993) con mujeres deficientes mentales y con madres después del parto, en estudios de maestría y doctorado.

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

Año	Autor	Temática	Tipo estudio
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	El 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	GONCALVEZ, I, M,M	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 – Piura/ Perú	Disertación de maestría
2000	RIBEIRO, M, G.	La percepción de la gestante VIH positivo en relación a su suero positividad	Disertación de maestría
2000	MARQUES, C. O.	Percepción de las promotoras de salud sobre su papel social y sus relaciones desarrolladas con las instituciones de salud y la comunidad de Villa el salvador	Disertación de maestría

2001	MALUHI, M	La percepción de la mujer profesional del equipo de enfermería como paciente en el examen ginecológico.	Disertación de maestría
2001	VASCONCELOS,	La percepción de la enfermera obstetra sobre el cotidiano de su práctica asistencial	Disertación de maestría
2001	CHAMILCO, R, A , S. I	Prácticas obstétricas adoptadas por parteras tradicionales.	Disertación de maestría
2002	SPINDOLA, T.	El cotidiano de la mujer madre- trabajadora de enfermería.	Tesis de doctorado
2003	SANTOS, C	Gestantes de alto riesgo y la teoría Transcultural de enfermería de Madeleine Leininger	Disertación de maestría
2003	NUNUS, H, H, M	El cotidiano de las madres insertadas en el método “mama 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 episotmia	Disertación de maestría
2006	ALVEZ, 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 utilizo 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. En ese mismo año Azaña realizo una investigación utilizando el método de historia de vida para identificar los sucesos claves en las relaciones familiares de la vida de las trabajadoras sexuales.

III.3 . Sujetos de estudio

Los pacientes adultos que utilizan los servicios en el Centro de Salud I-4- Huancabamba. Los que de forma voluntaria decidieron participar en la investigación firmada el consentimiento informado (anexo 02), garantizándoles la privacidad y su identidad serán celosamente guardados.

El tamaño de la muestra fue de siete personas, la misma que se determino en base a las necesidades de la información, por ello, uno de los principios de la guía el muestreo es la saturación de datos, esto es, hasta el punto en que ya no se obtiene nueva información y esta comienza a ser redundante.

Los sujetos de estudio tuvieron su identidad sigilosamente preservada, no fueron adoptados criterios de exclusión porque según Bertaux D. ⁽³¹⁾, cuanto más diverso es el grupo investigado, mayor la posibilidad de describir todas las posibilidades del cotidiano de los sujetos de estudio.

El siguiente cuadro presenta a los pacientes adultos, con nombres ficticios elegidos al azar, respecto a las características de los entrevistados tenemos que las edades varían entre 20 y 40 años; por el tres masculino y cuatro de sexo femenino; por su estado civil cuatro casados y tres solteros; por el grado de instrucción dos tienen grado de educación primaria, tres con secundaria y dos con estudios superiores; la ocupación son tres amas de casa, una estudiante, tres con trabajo eventual: el número de hijos, se encuentra entre sin hijos en tres entrevistados y máximo de dos hijos en los cuatro entrevistados

IDENTIFICACION DE SUJETO	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	GRADO DE INSTRUCCION	OCUPACION	N° DE HIJOS
Geranio	20	masculino	soltero	superior	estudiante	0
Clavel	25	masculino	soltero	secundaria	Trabajo eventual	0

crisantemo	26	masculino	casado	secundaria	Trabajo eventual	0
Azucena	34	femenino	casada	secundaria	Ama de casa	1
Rosa	28	femenino	casada	superior	Ama de casa	2
Dalia	40	femenino	casada	primaria	Ama de casa	1
Margarita	37	femenino	soltera	primaria	Trabajo eventual	2

3.4. Escenario de estudio

El escenario de estudio fue el Centro de Salud I-4 - Huancabamba. Donde el investigador captó sus sujetos de estudio. Se solicitó la autorización en la dirección para la aproximación con los sujetos de estudio y presentación de la propuesta del estudio, esperando una respuesta positiva para la ejecución de la investigación.

La provincia de Huancabamba, se encuentra ubicada el este de la región Piura, limitado por el norte con la provincia de Ayabaca y con la república del Ecuador, por el este con la región Cajamarca, por el oeste con la provincia de Morropón y por el sur con la región Lambayeque, su capital es la ciudad de Huancabamba, tiene ocho distritos: Huancabamba, Canchaque, el Carmen de la Frontera, Huarmaca, Lalaquiz, San Miguel Del Faique, Sondor y Sondorillo; tiene una superficie territorial de 4,254km², y una población aproximadamente de 123,349 habitantes;

El centro de salud I-4 de la provincia de Huancabamba viene prestando servicios en la ciudad de Huancabamba como centro referencial de la Red Rural Huancabamba, la misma que está conformada por cuatro micro redes que abarcan 33 puestos de salud en un área con 65 mil habitantes ampliamente dispersas, lo que no cubre las necesidades de salud de la población, obligando al traslado de pacientes hacia las ciudades de Piura y Sullana cuyo traslado demora aproximadamente siete horas lo que ocasiona el grave riesgo en la vida de los pacientes y un alto costo económico para las familias.

El centro de salud cuenta con ambientes para; medicina general, odontología, psicología, obstetricia, ecografía, rayos X, laboratorio; farmacia, servicio social, atención y triage, sala de partos, sala de operaciones (no se utiliza de forma continua por falta de especialista), CRED, TBC, área de SIS, área de HIS, vigilancia epidemiológica, logística, zoonosis y enfermedades metaxenicas, etc.

Actualmente con 7 enfermeras nombradas, las cuales tienen a su cargo los programas de TBC, no transmisibles, CRED, etc., las enfermedades más frecuentes en niños son desnutrición, anemia, parasitosis, EDAS Y ERAS, en los adultos encontramos la diabetes, hipertensión arterial, enfermedades osteoarticulares y ERAS.

3.5. 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.

La entrevista debe ser abierta, esto significa sin un cuestionario predeterminado, en la cual se solicita al sujeto de investigación para hablar libremente sobre su vida o sobre un determinado periodo o acontecimiento de cual participo. No responden a preguntas predeterminadas, los sujetos son libres para hablar sobre

aquello que consideran relevante en su experiencia, la forma como vivieron los acontecimientos narrados y como esos interfieren en el presente ⁽³⁶⁾.

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 ⁽³⁷⁾.

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 dialogo 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 ⁽³⁷⁾.

La escucha respetuosa intenta aprender la especificidad del mundo personal. En esa perspectiva, el investigador es, antes de 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 dialogo. La dimensión dialógica de la investigación constituye la garantía de la adecuación del discurso producido en ese encuentro ⁽³⁷⁾.

En ese sentido, Santos et al ⁽³⁷⁾, 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 ira 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 los pacientes adultos 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 la entrevista, se entrevistó a los pacientes en sus viviendas y en el establecimiento de salud, utilizándose ambientes cerrados para garantizar la privacidad de los datos brindados por el entrevistado. Las entrevistas se realizaron por lo general en las tardes los días sábados, durante el periodo del 28 de mayo al 5 de agosto del 2016.

Bertaux D. ⁽³¹⁾, 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 contara 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 adecuo un ambiente cerrado sin distractores, obteniendo un ambiente sin uso temporal, 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 y que por su apariencia externa no era limitante en la conversación; en algunas entrevistas ruidos externos o el toque insistente de la puerta constituyeron en interrupciones a la entrevista, que se recuperó reiniciándola en el punto en que se suspendió.

Antes de iniciar la entrevista los pacientes adultos 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 (Anexo 2). Bertaux D. ⁽³¹⁾, resalta la importancia del sujeto ser informado de los intereses de conocimiento del investigador, sea a través de este, o sea por un intermediario, en el momento del primer contacto.

En los momentos que antecedieron la entrevista, algunas personas adultas que se atienden en ES I- 4 Huancabamba se mostraran 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 podía referirse a cualquier etapa de su vida desde el nacimiento hasta el presente. El objetivo inicial de la conversación sobre la investigación y la disponibilidad de varias opciones tuvo la finalidad que el entrevistado iniciase su discurso por los acontecimientos más representativos de su vida. Pedí que me contara todo sobre su historia de su vida como paciente 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 paciente. A partir del momento en que la pregunta norteadora de la entrevista fue hecha, en odio su relato, tal como considero importante.

De acuerdo con la orientación metodológica, las entrevistas iniciaron siempre con la pregunta: “habla de lo que usted considera importante respecto de su vida y que tenga relación con la calidad del cuidado de enfermería en el centro de salud I-4 y

termino cuando la entrevistada considero que no había nada más que relatar en aquel momento. (Anexo 1).

Durante la entrevista se utilizaron estrategias útiles como son las técnicas 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”, afirma con un movimiento de cabeza, etc. Las segundas fueron muy útiles para que el entrevistado clarificara y ampliara la información, se utilizaron formas verbales como: “¿podría decirme más sobre eso?, ¿quiere añadir algo más? Con la tercera, se pedía constantemente a los entrevistados que clarificaran lo que habían dicho, hasta que estábamos seguros de lo que el paciente adulto quería decir exactamente.

Santos et al ⁽³⁷⁾. 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 rígidamente, durante la realización de las mismas verifique que la duración vario entre 15 minutos a 30 minutos. Santos et al ⁽³⁷⁾, afirman que no hay duración límite para que la entrevista trascurra, pudiendo variar de acuerdo con la persona que cuenta la historia y acaba cuando el sujeto de estudio no tiene más nada que acrecentar. Algunas veces, hay circunstancias que prevalecen y pueden limitar una entrevista.

Al terminar el proceso de entrevista, agradecía la participación de los pacientes adultos y comentaba cuanto había sido importante y significativo para mí la experiencia de poder compartir con ellos su historia de vida.

Después de cada entrevista, preguntaba al paciente adulto, si les gustaría oír la cinta o leer el material después de transcritos para ver si alguna cosa necesitaba ser

agregada u omitida, pero ninguno de los sujetos de estudio solicitaron la entrevista, por lo que nada fue alterado.

Las entrevistas fueron grabadas, después de la autorización del paciente adulto, 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 ⁽³¹⁾, 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.

En el análisis sobre la historia de vida de los pacientes adultos, 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 ⁽³⁷⁾, a veces el referencial teórico cambia en función del análisis de los relatos.

3.6 Procedimiento y análisis 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 de aparición puede significar alguna cosa para el objetivo analítico escogido ⁽³⁸⁾. 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 paciente adulto 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 identificaron a través de códigos (colores) que las representaban. Es importante señalar que para agrupar las categorías, utilizamos la técnica de subrayado colorido computacional, que garantizo credibilidad a la separación de los relatos, y al mismo tiempo facilito 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 método específico para el análisis de contenido.

Según Bertaux D. ⁽³¹⁾, y en concordancia con la modalidad de Life Story, no hubo necesidad de comprobar los datos relatados, pues es importante en este método considerar la visión de mundo y la experiencia narrada tal cual fue vivenciada por el sujeto, llevando la investigación a enfocar los puntos de divergencia o convergencia de los seres humanos, respetando a

individualidad y la especificidad del actor social, bien como su veracidad conforme es relatada e interpretada por el propio sujeto de estudio.

Las categorías emergieron del propio relato de los pacientes adultos, o sea, fueron construidas configurando las categorías encontrando y respetando la veracidad de las historias de vida narrada. Santos et al ⁽³⁷⁾, 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 ⁽³⁰⁾, afirma lo siguiente “Es por lo tanto a través de los relatos de historias de vida que se puede caracterizar la práctica social de un grupo”.

Inicialmente, a partir de la lectura exhaustiva de los relatos y escucha de las hablas, se buscó identificar en las hablas de los pacientes adultos 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 origino cinco categorías los cuales fueron motivo de ingreso al establecimiento, percepción de la calidad del cuidado, experiencias, trato y el aprendizaje.

Después de haber codificado, se realizo 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. ⁽³¹⁾, como análisis comparativo. De esta forma a partir de la recodificación surgieron

a. Categoría de rol y relaciones.

b. Satisfacción.

IV. CONSIDERACIONES ETICAS Y DE RIGOR CIENTIFICO

La investigación cualitativa estuvo basada en criterios que tienen como finalidad asegurar la calidad y la objetividad de la investigación. Considerándose los siguientes criterios. ⁽³⁹⁾ ⁽⁴⁰⁾.

En relación al rigor:

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

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

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

La presente investigación servirá como referencial en otras investigaciones donde se aborden temas relacionados al contenido temático y por tratar un fenómeno prevalente en nuestra sociedad, cumpliéndose de esta 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 describe 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 autorización al sujeto de la investigación para la realización del estudio; en el cual constan 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 fueron confidenciales, utilizadas solo para fines de investigación. Los testimonios de los pacientes adultos fueron grabados, y se manejó confidencialmente, usándose solo para fines de investigación.

v. ANALISIS TEMÁTICO

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

5.1. Relación Enfermero-Paciente: para la cual se utilizó la teoría de Hildegard Peplau quien nos describe la importancia de la relación enfermera-paciente como un proceso interpersonal significativo, terapéutico. Analiza cuatro experiencias psicobiológicas que obligan a los pacientes a desarrollar respuestas destructivas o constructivas frente a: necesidad, frustración, conflicto y ansiedad. Para Peplau, en la relación enfermera-paciente se identifican cuatro fases, que tienen como punto de partida la orientación y continúa con la identificación, explotación y resolución. ⁽⁴¹⁾

Orientación: en esta fase, el individuo siente una necesidad y busca atención profesional. La enfermera ayuda al paciente a reconocer y comprender su problema de salud para determinar su necesidad de cuidado. ⁽⁴¹⁾

Identificación: aquí el paciente se identifica con las personas que le brindan cuidados. La enfermera favorece la exploración de las sensaciones y la expresión de los sentimientos relacionados con su percepción del problema para ayudar al

paciente a sobrellevar la enfermedad y a reforzar los mecanismos positivos de la personalidad que le proporcione la satisfacción que necesita. ⁽⁴¹⁾

Explotación: durante esta fase el paciente trata de obtener el máximo de la relación y conseguir los mayores beneficios posibles. ⁽⁴¹⁾

Resolución: esta se produce cuando el paciente abandona los viejos objetivos y se traza nuevas metas. En este proceso, el paciente se independiza de la identificación con la enfermera. ⁽⁴¹⁾

Por lo dicho anteriormente se estableció que esta categoría conste de dos sub categorías, las cuales son:

5.1.1. La Comunicación: Se define como el Suministro y recepción de información a través del habla, los gestos, la escritura, etc. La comunicación es importante en todos los niveles del liderazgo. Por esta razón, es importante que los líderes de enfermería comprendan el proceso de la comunicación, sean capaces de identificar los obstáculos de la comunicación y apliquen métodos para mejorar las comunicaciones ⁽⁴²⁾.

Es útil comprender las posturas vitales, el análisis transaccional y la forma de participar en un diálogo asertivo que separa los hechos de los sentimientos, aclara los temas centrales e identifica los diferentes puntos de vista. Es necesario escuchar y buscar una solución en colaboración, que equilibre el poder y satisfaga a ambas partes. ⁽⁴²⁾.

Como nos refiere (Geranio) *“la señorita con voz muy amable nos preguntó, ¿en que los puedo atender?, eso nos ayudó porque no sabíamos que teníamos que hacer, ya que era la primera vez que llevaba a un familiar al hospital,... Me sentí con confianza y soluciono mis preguntas”*. La comunicación es importante ya es un vehículo para dar a conocer nuestras necesidades y satisfacerlas, también es importante ya que nos permite mantener relaciones humanas permitiéndonos intercambiar ideas y desenvolvernos en la comunidad y establecer lazos de amistad, (azucena) *“la señorita se encontraba haciendo unos papeles, cuando le*

pregunte ¿señorita, disculpe! ¿Le puedo traer comida a mi esposo?, ella me respondió de forma muy alterada, señora ahora no le puedo atender, pregunte al doctor”

Como refiere (Rosa) *“la señorita enfermera, con una sonrisa me saludo y me atendió, se presentó y nos dijo que si teníamos alguna duda la podíamos buscar.”* no solo de forma verbal podemos suministrar una información, sino que también a través de los gestos, podemos expresar sentimientos y emociones, lo que permite de alguna manera generar un ambiente de confianza entre el paciente y enfermera. Por ello es importante tener gestos que tengan la intencionalidad de generar un ambiente de confianza y buen trato, tratando de que la comunicación sea de forma horizontal, permitiendo que el paciente exprese todas sus dudas, de tal manera se podrá satisfacer todas sus necesidades.

Es importante conocer la comunicación verbal de los demás, porque a menudo manifiestan sus sentimientos y actitudes a través de sus actos más que con sus palabras. Eso nos permitirá interactuar más eficientemente con ellos.

Otra manera de comprender el proceso de comunicación interpersonal es examinar el modo en que la comunicación constituye un vehículo para la construcción de relaciones. (...)La comunicación no verbal desempeña una función importante en el envío y recepción de mensajes, y es especialmente importante para impartir los aspectos emocionales de un mensaje. Las formas de comunicación no verbal incluyen el ambiente en que se envía el mensaje, la distancia interpersonal, la postura, los gestos, las expresiones faciales, la calidad de la voz y la apariencia personal ⁽⁴³⁾.

5.1.2. El buen Trato: El buen trato se aprende en el hogar, es un derecho fundamental y siempre se basa en el respeto a los pares, con sus propios derechos y necesidades, en un contexto y momento histórico determinado. Los buenos tratos constituyen un indicador del buen funcionamiento social ⁽⁴⁴⁾.

Como refiere (clavel): *“bueno la enfermera fue muy amable, me atendió bien, ella me hablaba por mi nombre, también me acuerdo que cuando me dieron de alta la señorita me despidió con una sonrisa”.*

También nos refiere (margarita): *“No siempre, encuentras en la posta a alguien que te salude de manera atenta, muchos están apurados y solo te preguntan señora que le duele y te dan medicina, las enfermeras a veces están apuradas, me supongo por el mucho trabajo que tienen, solo algunas son atentas”*

El buen trato es importante ya que nos permiten establecer un ambiente de confianza con el paciente, de esta manera podemos conocer cuáles son las necesidades del paciente, generando una sociedad de convivencia saludable. De esta manera es saludable el buen trato ya que permite a las personas establecer una sociedad de bienestar. El buen trato ayuda a formar una sociedad más saludable, ya que permite establecer una relación empática entre las personas.

El buen trato, se refiere a las interacciones que promueven un sentimiento mutuo de reconocimiento y de valoración basadas en el amor y el respeto, generando bienestar y satisfacción entre las personas. Las relaciones de buen trato es de doble vía, un encuentro recíproco, que parte de la capacidad de reconocer que existe un yo y también existe otro, ambos con características, intereses, necesidades diferentes, pero igualmente importantes, y precisamente es en éste reconocimiento que constituye el punto de partida para que exista un buen trato en la sociedad ⁽⁴⁵⁾.

El buen trato se inicia desde el nacimiento, cuando reconocemos y respetamos al recién nacido, como un ser separado de nosotros pero que necesita de nuestro cuidado y protección para que se constituya como una persona autónoma e independiente ⁽⁴⁵⁾.

Buen trato significa comprensión, expresión de amor y afecto hacia el otro para dar respuesta adecuada a sus necesidades. La promoción del Buen Trato no es un resultado espontáneo, sino que avanza como parte de una intención colectiva de incorporarlo, que pretende transformar los procesos de aprendizajes sociales y culturales del maltrato que eran aceptados, a nuevos patrones culturales, que contribuyan a mejorar la calidad de la convivencia, apegadas en el buen trato como alternativas de cambio ⁽⁴⁵⁾.

5.2. Satisfacción: La satisfacción del paciente es una medida del resultado ampliamente reconocida en la investigación sobre el cuidado de la salud. La relación entre la satisfacción de los pacientes con sus proveedores de cuidados a la salud y su

recuerdo y cumplimiento de la recomendación médica del proveedor sugiere que la satisfacción es una determinante fundamental del resultado del cuidado de la salud (46).

La satisfacción es un instrumento y una función del logro de la excelencia en la calidad de la atención en las instituciones de salud, sino garantizamos satisfacción en el usuario no hay imagen de excelencia, ni funcionamiento excelente al margen de la consideración de la satisfacción como un indicador y como un instituyente esencial (47).

La satisfacción del usuario es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de buena calidad, dado que influye de manera determinante en su comportamiento (48).

Como refiere (Crisantemo) ***“me sentí satisfecho con lo que hicieron las enfermeras porque durante los días que estuve en el hospital, fue gracias a ellas que se pudo acelerar mi recuperación, para poder ir a trabajar”***. Así también nos refiere (Dalia) ***“es importante los cuidados de las enfermeras porque me enseñaron como dar de lactar a mi hijo, aclarando mis dudas y si me siento satisfecha con sus cuidados porque me ayudo a reconocer alguna enfermedad en mi hijo”***

(Margarita) refiere: ***“son importantes sus cuidados porque gracias a ellas nos dan las medicinas en las noches, yo si estoy satisfecha porque aparte que te cuidan te tratan amablemente”***.

La satisfacción de los pacientes se da gracias a que el profesional cubre las necesidades que no pueden satisfacer, pero no hay que dejar de lado el decir que eso también involucra una serie de recursos materiales y humanos. Por ello es necesario reconocer que el ser humano es un ser pandimensional, por ello es necesario tratar de cubrir todas sus dimensiones.

La satisfacción viene a ser el cómo califica la persona el cuidado que brinda el profesional de enfermería, por eso es necesario que el cuidado no sea mecanizado, por ello necesitamos que el cuidado sea más humanizado y solidario.

La satisfacción es un proceso complejo que está relacionado con gran variedad de factores condicionados por la subjetividad individual de cada sujeto, sus experiencias anteriores, sus expectativas previas, ciertos factores psicosociales (edad, sexo, nivel de estudios), su contexto social y el proceso de interrelación producido entre el prestador y el receptor de servicios ⁽⁴⁹⁾

VI. CONSIDERACIONES FINALES

Las consideraciones finales, se presentan a continuación:

1. Las relaciones humanas, son importantes ya que a través de la comunicación y el trato humanizado, podemos brindar a los pacientes una solución para tratar de cubrir sus necesidades, de esta manera la comunicación horizontal nos ayudan a generar un ambiente de confianza, por ello esto nos ayuda a detectar problemas que quizá el paciente no nos comunique por temor o vergüenza.
2. La satisfacción del paciente se logra gracias a los cuidados humanizados, e individualizados, considerando a la persona con un ser pandimensional, cubriendo todo el entorno del paciente de esta manera, el profesional de enfermería marca diferencia entre las demás carreras que tienen que ver con el sector de salud.
3. La educación al paciente nos permite disminuir la morbi- mortalidad, buscando el bienestar personal y social, promoviendo la responsabilidad personal, incorporando conocimientos, actitudes y hábitos saludables y desarrollar la capacidad crítica para tomar las decisiones que faciliten el cuidado de la propia salud y de los demás. Integrar la educación para la salud en el medio educativo y favorecer el crecimiento armónico de la personalidad del alumnado, desarrollando un proceso educativo (desarrollo de competencias), socio- cultural

(participación en iniciativas sociales) y de promoción de la salud (vivencia de experiencias coherentes con la salud).

VII. RECOMENDACIONES

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

1. Es importante que cada paciente tenga un cuidado individualizado, que cubra todas las esferas del ser humano, de esta manera se tiene que ver al ser humano como un ser pandimensional, que interactúa con su entorno.
2. Es importante que se mida la calidad de atención a través de indicadores de esta manera se logra borrar la brecha que tiene el sector salud con los pacientes.
3. Promover la educación en salud es importante, ya que nos permite generar conocimiento en muchos pacientes, que por razón socioeconómica no pueden acceder a este servicio de esta manera disminuir la prevalencia de enfermedades en la población Huancabambina

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. León A. Enfermería como procepción y ciencia: enfermería como ciencia. En fundamentos de enfermería. La Habana. Ciencias médicas. Cuba 2006. P 40-56
2. Cabarcas N. gestión de la calidad del cuidado de enfermería con principios éticos. Rev. Cienc. Biomed. [Revista on-line]. 2011 sep. [citado 8 mar 2016]; 2(1): 144-148. Disponible en: www.revistacienciasbiomedicas.com/index.php/revciencbiomed/.../68
3. Galván M, Hernández A, Cabrera A, Reyes T, Rodríguez P, et al. La calidad y la seguridad en los cuidados de enfermería. En: Enfermería. México. Editorial alfil. México 2013. p 69-73.
4. Eserverri C. Filosofía de Enfermería, Principios Ético: Bioética y Calidad Enfermera. En: Enfermería Facultativa Reflexiones Filosófico-Éticas. España. Díaz de Santos. España. 2006. p 39-4.
5. Torres C, Buitrago M. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados. [tesis doctoral]. Colombia. Universidad de Santander UDES. 2011
6. Santana J, Bauer A, Minamisava R, Queiroz A, Gomes M. Evaluación de la calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza en la región Centro-Oeste de Brasil [Disertación de maestría]. Brasil. Universidad de Federal de Goiás, Goiânia, GO; 2014.

7. Torres C. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. [Tesis para optar por el grado académico de magister en enfermería con énfasis en gerencia en salud]. Colombia. Universidad de Santander; 2009.
8. García A, Arana B, Hernández Y, García M. Calidad del Cuidado de Enfermería en Pacientes Hospitalizados con Dolor. [Tesis para optar por el grado académico de maestra en enfermería con énfasis en administración de los servicios de enfermería]. México. Universidad Autónoma del Estado de México; 2011.
9. Salcedo S. Percepción del Cuidado de Enfermería y Satisfacción de la Madre en la UCI Neonatal del Hospital Belén – Trujillo, 2014. [Tesis para optar el grado académico de magister en ciencias de enfermería]. Trujillo. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2015.
10. Favian D. Nivel de Satisfacción Percibida y Calidad del Cuidado Enfermero en la Persona Hospitalizada. Hospital Jerusalén – La Esperanza, 2015. [Tesis para optar el grado académico de magister en ciencias de enfermería]. Trujillo. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2015.
11. Delgado M. Percepción del Paciente con Sida sobre el cuidado que brinda la enfermera en servicio de infectología del Hospital Nacional Dos de Mayo 2007. [Tesis para optar por el título profesional de licenciada en enfermería]. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008.
12. Quispe A. Opinión que tienen los pacientes del servicio de medicina general sobre la calidad de atención de la enfermera en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. [Tesis para optar por el título profesional de licenciada en enfermería]. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2005.
13. Romero L. Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería]. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008.
14. Neyra Y. Determinantes de la salud en la mujer adulta en el caserío Quispe, Huancabamba, 2013. [Tesis para optar por el título profesional de licenciada en enfermería]. Piura. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2015.

15. Córdova D, Quilate R. Satisfacción y calidad del cuidado de enfermería del adulto en cirugía. Essalud Piura, 2009. [Tesis para optar por el título profesional de licenciada en enfermería]. Piura. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2009.
16. Domador M, Guerrero B. Satisfacción del cuidado enfermero del usuario con insuficiencia renal. Piura.2009. [Tesis para optar por el título profesional de licenciada en enfermería]. Piura. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2009.
17. Rosillo A, Ojeda F. Satisfacción del cuidado de enfermería en la usuaria ginecológica. Piura, 2009. [Tesis para optar por el título de licenciados en enfermería]. Piura. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2009.
18. Colegio de enfermeras (os) del Perú. Normas de gestión de la calidad del cuidado de enfermería. Colegio de enfermeras(os) del Perú. Lima- Perú; 2008
19. Pokorny M. Evolución de las teorías de enfermería: Teorías de enfermería de importancia histórica. En: Modelos y Teorías en enfermería. 7ed. Barcelona. Elsevier; 2011. p. 56-66.
20. Pfetscher. S. Filosofías. Florence Nightingale: la enfermera moderna. En: Modelos y Teorías en enfermería 7ed. Barcelona. Elsevier; 2011.p. 75-77
21. Jesse E. Filosofías. Filosofías y teoría del cuidado transperamental de Watson. En: Modelos y Teorías en enfermería 7ed. Barcelona. Elsevier; 2011. p. 91-96.
22. Coffman S. Filosofías. Marilyn Anne Ray: teoría de la atención burocrática. En: Modelos y Teorías en enfermería 7ed. Barcelona. Elsevier; 2011.p.116-131.
23. Valenzuela C, Valdez C. Enfermería como profesión y ciencia: teorías y modelos que fundamentan la enfermería. En: Fundamentos de enfermería. La Habana. Ciencias Médicas. Cuba; 2006. p 66-68.
24. Berbiglia V, Banfield B. Modelos enfermeros. Dorothea E. Orem: teoría del déficit de autocuidado. En: Modelos y Teorías en enfermería 7ed. Barcelona. Elsevier; 2011.p. 265-269.
25. Wojnar D. Teorías intermedias. Kristen M. Swanson: Teoría de los cuidados. En: Modelos y Teorías en enfermería 7ed. Barcelona. Elsevier; 2011.p. 741-745.
26. Ludke M, Andre E. Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

27. Subirana M, Pardo J. investigación cualitativa. En: Enfermería Basada en la Evidencia. Hacia la Excelencia en los cuidados. Madrid. DAE grupo paradigma. 2004 .p 48 -56
28. Vanegas B. La investigación cualitativa: un importante abordaje del conocimiento para enfermería. Rev. Col. Enf. 2011;6(6): 128-142. www.uelbosque.edu.co/sites/default/file/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermería/volumen6/investigación_cualitativa.pdf.
29. Subirana M, Fargues I. Enfermería basada en la evidencia. En: Enfermería basada en la experiencia. Hacia la excelencia en los cuidados. Madrid. DAE grupo paradigma. 2004. p 10-15.
30. Glat R. Somos iguais a vocês. Depoimentos de mulheres com deficiência mental: Agir; 1989.
31. Bertaux D. L'approche biographique: sa validé methologique, sés potentiaités. Cahiers internationaux de sociologie, n. 69, p. 197-225, 1980.
32. 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
33. Kolhi M. Biografía: relato, texto, método. In: BERTAUX, D. Biography. A. Society. Beverly Huis, c. USA: Publications. Inc, 1981. p, 61-75.
34. Minayo M. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
35. Rodriguez G. et al. Metodología de la investigación cualitativa. 2. ed. México Interamericana, 1999. p. 57-61.
36. Chizzotti A. Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais.4ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.
37. Santos et al. O método de historia de vida na pesquisa em educacao especial. Rev. Bras., Marília. Maio-ago. 2004, v.1, n 2, p. 235-250. Edicao especial.
38. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1988.
39. Hernández R. Metodología de la Investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado 2011 Dic. 7]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>.

40. Rada D. El rigor en la investigación cualitativa: técnicas de análisis, credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad.
41. Marriner A. Modelos y Teorías en Enfermería. España: Elsevier; 2015.
42. Marriner A. Guía de Gestión y Dirección y de Enfermería. Octava edición. México. Editorial ELSEVIER, 2008.
43. Dubrin A. Relaciones humanas. Novena edición. PEARSON EDUCACIÓN, México, 2008.
44. Campos G. Buenas prácticas y buen trato. Bolivia. 2011.
45. Cisneros M. Estrategias que fomenten el buen trato para la prevención del maltrato en la familia. [Tesis previa a la obtención del título de licenciada en ciencias de la educación]. Quito. Universidad Tecnológica Equinoccial. 2013.
46. Mohammadreza H. Empatía en el cuidado del paciente. *México*. 2012.
47. Morales G. 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. [tesis para optar el título de enfermero] *Colombia*. 2009. *disponible en:* www.javeriana.edu.co/biblas/tesis/enfermeria/2009/.../tesis/2.pdf. Junio 2009.
48. Ministerio de Salud. Encuesta de Satisfacción de usuarios externos de servicios de Salud. Lima- Perú, 2002. Disponible en: www.minsa.gob.pe/.../7%20%20usuarios%20externos.p
49. Sierra T, Muñoz I. Elaboración de un cuestionario para medir la calidad con los cuidados de enfermería- enfermería en cardiología. 2009, (47,48): 71 – 79.

ANEXOS

ANEXO 01



UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE
ESCUELA POST GRADO
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

PERCEPCIÓN Y EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES ADULTOS SOBRE LA
CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL CENTRO DE SALUD I-4
HUANCABAMBA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Iniciales o seudónimo del nombre de la persona: _____

Edad:.....

Sexo:

Estado civil:

Grado de instrucción:

Ocupación:

Religión:

Número de hijos:

Hable de lo que usted considera importante respecto de su vida y que tenga relación sobre la calidad del cuidado de Enfermería que recibió en el Centro de Salud I-4 Huancabamba.

ANEXO N°02



TERMINO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Percepción y Expectativas de los Pacientes Adultos Sobre la Calidad del Cuidado de Enfermería en el Centro de Salud I-4, es un estudio, que está siendo realizado por el Licenciado en Enfermería Guber Joel Sánchez Guerrero, bajo la orientación de la Mgtr. Sonia Aleida Rubio Rubio. Los objetivos de la investigación son:

- ✓ Determinar la percepción de los pacientes adultos sobre la calidad del cuidado de enfermería en el Centro de Salud I-4.
- ✓ Analizar las expectativas de los pacientes adultos sobre la calidad del cuidado de enfermería en el Centro de Salud I-4.

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, a los pacientes adultos sobre la calidad del cuidado de enfermería en el Centro de Salud I-4 “Jesús Francisco Guerrero Cruz” – Huancabamba. Luego las entrevistas serán transcritas en su totalidad para el análisis respectivo.

A los pacientes adultos 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. Guber Joel Sánchez Guerrero

Mgtr.Sonia Aleida Rubio Rubio

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

Firma del(a) entrevistada