



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

**PERCEPCION Y EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES
SOBRE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE
ENFERMERIA EN UCIN–MEDICINA - SULLANA, 2016**

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

AUTORA:

Lic. NELLY CASTILLO FIGUEROA

ASESORA:

Mgtr. SONIA ALEIDA RUBIO RUBIO

PIURA - PERÚ

2017

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Dra. Nelly Condor Heredia
Presidente

Dra. Juana Aranda
Secretaria

Mgtr. Nancy Patricia Mendoza Guisti
Miembro

Mgtr. Sonia Aleida Rubio Rubio
Asesora

DEDICATORIA

A mis queridos padres :

Agustina, por su abnegación, ternura, sacrificio, apoyo y comprensión lo cual me permite crecer profesionalmente .

Francisco, que vive en mis recuerdos en la eternidad y en cada célula de mi ser, cuya vida y ejemplo son derroteros y un reto a seguir.

A *Agustina y Francisco* : autores de mis días .

A mis queridos hijos :

Angélica Violeta y Franz, que son el motor de mi vida y, que siendo diferentes son iguales para darme apoyo moral y amor incondicional.

NELLY CASTILLO FIGUEROA

AGRADECIMIENTO

Al concluir el presente trabajo de investigación, me permito expresar un profundo agradecimiento a:

Dios, por darme la fortaleza y perseverancia en la realización del presente estudio.

A la Universidad Católica Los Angeles de Chimbote – Filial Piura , por abrir un nuevo horizonte en nuestra profesión.

Al Hospital de Apoyo II-2 Sullana y personal del Departamento de Medicina- UCIN- CARDIOLOGIA que facilitaron la investigación.

A los pacientes , que voluntariamente participaron en la presente investigación .

A la Mgter. Sonia Rubio Rubio, por ser guía incondicional y brindar el apoyo necesario en la ejecución del presente trabajo de investigación.

LA AUTORA

RESUMEN

El presente informe de investigación tiene como objetivo conocer las percepciones y expectativas de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intermedios del Servicio de Medicina en cuanto a la calidad del cuidado brindado por la enfermera . La investigación fue de tipo cualitativa, utilizó el método de historia de vida. La muestra estuvo conformada por 06 personas hospitalizadas, a las que se les formuló las preguntas norteadoras, ¿Cuál es la percepción del paciente sobre la calidad del cuidado de enfermería ? y ¿Cuáles son las expectativas del paciente sobre la calidad del cuidado de enfermería?. Luego se procedió a las transcripción de cada una de las entrevistas y posteriormente se establecieron cuatro categorías, llegándose las siguientes conclusiones: En relacion a la fiabilidad de la calidad del cuidado de enfermería , el profesional adquiere un compromiso ético con el paciente al desarrollar el sistema de valores humanístico – altruísta . En relacion a la seguridad en el cuidado , la enfermeras lo aplican con un enfoque físico, màs no psicológico . En relacion a la capacidad de respuesta en el cuidado, las enfermeras tienen la experticia adecuada, brindando un cuidado oportuno y eficiente. En relacion a la empatìa en el cuidado, las enfermeras la aplican considerando que permiten la relacion de ayuda.

PALABRAS CLAVES: cuidado de enfermería , paciente adulto critico , historia de vida

ABSTRACT

The present report of research has as objective know their perceptions and expectations of their patients hospitalized in the unit of care intermediate of the service of medicine. with regard to the quality of the care provided by the nurse. The research was qualitative, used the method of life history. It shows was formed by 06 people hospitalized, to which is them made them questions norteadoras, what is the perception of the patient on the quality of the care of nursing? and what are the expectations of the patient about the quality of the care of nursing?. Then is proceeded to the transcription of each an of them interviews and subsequently is established four categories, coming is them following conclusions: in relation to the reliability of the quality of the care of nursing, the professional acquires a commitment ethical with the patient to the develop the system of values humanistic-altruistic.

KEYWORDS: nursing care, adult patient critical, life-history

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
I. INTRODUCCION	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA	6
2.1 Antecedentes.....	6
2.2 Bases Teóricas.....	10
III. METODOLOGIA	17
3.1 Tipo.....	17
3.2 Método.....	17
3.3 Sujetos de estudio.....	23
3.4 Escenario de estudio.....	24
3.5 Técnicas de recolección de datos.....	26
3.6 Procedimiento y análisis de datos.....	32
IV. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE RIGOR CIENTIFICO	35
V. ANALISIS TEMATICO	37
5.1 Percibiendo la fiabilidad en el cuidado de enfermería.....	37
5.2 Percibiendo la seguridad en el cuidado de enfermería	38
5.3 Percibiendo la capacidad de respuesta en el cuidado de enfermería	40
5.4 Percibiendo la empatía en el cuidado de enfermería	41
VI. CONSIDERACIONES FINALES	43
VII. RECOMENDACIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	45
ANEXOS	47

I. INTRODUCCIÓN

La calidad en salud debe ser concebida como una dimensión de la calidad de vida por lo tanto, condición fundamental del desarrollo humano. La mejora en la calidad de vida se establece como una tendencia en la historia de la humanidad que se desarrolla cualquiera fuese la cosmovisión y posición social, cultural o económica de los grupos sociales. Esta perspectiva expresa la aspiración permanente de las personas por crecer en dignidad y realización, individual y colectivamente.

Los pobladores usuarios de los servicios de salud al ser portadores de estas aspiraciones las traducen, en lo que concierne a su salud, demandando por una atención que les permita alcanzar una vida plena y digna. Pero también los trabajadores de salud aspiran a estas condiciones y esperan encontrar en el trabajo, el espacio de realización personal. Las instituciones que proveen servicios y otras tantas organizaciones públicas y privadas interesadas por mejor vida y mejor salud, están desafiadas a recoger y dar cuenta de tan diversas aspiraciones, pero cuyo mensaje básico es la exigencia por mejor calidad ⁽¹⁾.

Nuestro sistema actual de atención al usuario está en déficit principalmente por la falta de recurso humano, mala infraestructura, equipamiento insuficiente y un mal sistema del flujo de atención. En la medida que cada uno de éstos puntos se corrijan se dará un primer paso para alcanzar la calidad mínima que merece un paciente y cumplir con los atributos de oportunidad y accesibilidad.

Es importante recalcar que hay un déficit de información sobre calidad en atención en salud, solo algunas regiones de nuestro país cumplen con realizar la autoevaluación de los estándares impuestos por el MINSA en base a sus indicadores y aún son menos las que lo hacen públicos. En la medida que se tome conciencia de la importancia de éste acápite más informados estaremos acerca de la situación ⁽²⁾.

La percepción es la representación de la realidad en cada ser humano. Es una conciencia de personas, objetos y acontecimiento. Aunque uno presupone que los seres humanos viven en el mismo mundo y tienen experiencias comunes, los individuos difieren en lo que seleccionan para que penetren en su medio perceptual. Un medio perceptual constituye un sistema social. Un sistema social es definido como un sistema organizado de límites, de roles sociales, conductas y prácticas desarrolladas para mantener los valores y mecanismos para regular las prácticas y las normas.

El equipo de enfermería constituye un sistema social con actividades conscientemente coordinadas de dos o más personas que permiten satisfacer diferentes tipos de necesidades en los individuos ayudándolos a superar sus limitaciones individuales y favoreciendo el trabajo eficaz con otros ⁽³⁾.

El Hospital de Apoyo II-2 Sullana es parte integrante de la Sub Región de Salud Luciano Castillo Colonna, como único Hospital de referencia nivel II-2, teniendo para el año 2015 una población estimada por edades asignada de 317, 575 habitantes, población que se distribuye en los 8 distritos circundantes, y que representa el 39,03% de la población de Piura.

Los reportes estadísticos del Departamento de Medicina del año 2015, revela que las primeras causas de morbilidad en Unidad de Cuidados Intermedios del Servicio de Medicina corresponde a ICC (37,7%) , Insuficiencia cardíaca no especificada (19,76 %), insuficiencia valvular mitral (5,37 %) , septicemia no especificada (4,87%), infarto agudo al miocardio (3,15%), enfermedades de la tráquea y de los bronquios (3,15%), hipertensión esencial primaria (2,93 %), fibrilación y aleteo auricular (2,51%), angina inestable (2,08%), accidente vascular encefálico (1,86%) y otros diagnósticos (16,96%), muchas de ellas asociadas de 2 a 3 enfermedades a la vez ⁽⁴⁾.

Las Unidades de cuidados intermedios constituyen formas de prestación asistencial a pacientes potencialmente críticos que permiten mejorar la relación coste-beneficio

de la asistencia ofertada por los Servicios de Medicina Intensiva (SMI). Los pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados Intermedios tienen una menor estancia, una menor gravedad, un mejor pronóstico de supervivencia y una menor carga asistencial. Sin embargo, la puesta en marcha de esta prestación no disminuye el intervalo de mortalidad total (intra + post UCI) ⁽⁵⁾.

Los cuidados percibidos por los pacientes son aquellos que por medio de la eficiencia y el dominio de la técnica, el juicio clínico, la rapidez, la precisión, la actitud, la vocación y el trabajo en equipo aportan seguridad física, psicológica y espiritual, y que se corresponden a la competencia profesional de una enfermera de críticos, que sabe y maneja con una gran soltura y naturalidad la técnica y la comunicación que envuelve toda la complejidad de la persona y del tratamiento que necesita en su enfermedad y las palabras de los participantes reflejan que es a través de la actitud que envuelve los cuidados dados que se sienten tratados de manera personalizada, humana y ética, en su situación de total vulnerabilidad, indefensión y fragilidad frente a su vida y su futuro ⁽⁶⁾.

Todo cuidado ofrecido en los diferentes escenarios de servicio debe ser dirigido a satisfacer las necesidades de las personas ya sea que estén en salud o enfermedad. Es por esto que la enfermera debe aplicar diferentes disciplinas en el cuidado, visualizando a la persona como un ser integral, biológico, psicológico, sociológico, espiritual, un ser holístico ⁽⁷⁾.

Con el presente trabajo de investigación se pretende dar una idea general de lo que es Garantía de Calidad y que sea un recordatorio de distintos aspectos de la calidad de la atención de Enfermería.

A partir de esa problemática se definió como objeto de estudio la percepción y expectativas de los pacientes sobre la calidad del cuidado de enfermería en UCIN-MEDICINA del Hospital de Apoyo II-2 Sullana-2016

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

- ¿Cuál es la percepción del paciente sobre la calidad del cuidado de enfermería ?
- ¿Cuáles son las expectativas del paciente sobre la calidad del cuidado de enfermería?

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

- Determinar la percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado de enfermería en UCIN-Medicina del Hospital de Apoyo II-2 – Sullana, 2016
- Determinar las expectativas de los pacientes sobre la calidad del cuidado de enfermería en UCIN-Medicina del Hospital de Apoyo II-2 - Sullana, 2016

El Ministerio de Salud peruano, ha emitido la RM 727-2009/MINSA, implementando políticas en materia de calidad en salud, que en su duodécima política dice “Los ciudadanos, ejercen y vigilan el respeto a su derecho a la atención de salud con calidad y se corresponsabilizan del cuidado de su salud, la de su familia y la comunidad, contando para ello con el apoyo de la Autoridad Sanitaria ”⁽¹⁾.

Con ello, está favoreciendo la opinión de los usuarios como indicador importante de la calidad de atención desde una perspectiva global, sin embargo se puede observar que el cuidado que brinda específicamente la profesional de enfermería no ha sido evaluado.

El presente trabajo de investigación se realizará motivada por conocer la percepción del usuario sobre la calidad del cuidado ofertado en la Unidad de Cuidados Intermedios del Servicio de Medicina del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, así como sus expectativas, siendo de vital importancia en la práctica de enfermería en el actual modelo de reforma de salud implementada por el Estado, donde los usuarios deben recibir servicios de salud de calidad, oportunos y adecuados a su cultura. Un cuidado cualificado que favorezca satisfacer las necesidades del paciente.

Este estudio aportará a la profesión porque permitirá evaluar lo que piensan los pacientes acerca del cuidado que se les brinda y mejorar la práctica del mismo, articulando la teoría, la práctica y la investigación.

Aportará a la institución porque permitirá mejorar la percepción que tienen los usuarios sobre la calidad del cuidado de enfermería, a través de la toma de acciones enfocadas a fortalecer las debilidades encontradas y a superar los estándares de prestación del cuidado.

Tendrá relevancia social toda vez que aportará para que otras instituciones implementen el modelo de evaluación basado en la percepción de los pacientes, con el fin de conocer las impresiones que ellos tienen acerca de su cuidado y con ello contribuir a mejorar el cuidado de enfermería en las mismas.

En el ámbito de formación profesional de enfermería, permitirá que las Instituciones educativas cuenten con información que conlleve a formar profesionales que tengan en cuenta no sólo los aspectos que ella crea importante, sino lo que el paciente considera más significativo para su cuidado. Asimismo, considerar en su plan curricular ejes transversales relacionados con la calidad del cuidado de enfermería.

Que la profesional de enfermería tenga una visión de su propia acción, posibilita el cambio e innovación entendido como mejora de la práctica. La capacidad de desarrollo profesional estará relacionada con su capacidad crítica hacia el trabajo desarrollado. La investigación-acción, abre un camino de búsqueda de alternativas para mejorar la acción, a partir de la reflexión de los propios participantes.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 Antecedentes

Investigación actual en el ámbito extranjero

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la investigación:

Acosta A et al ⁽⁸⁾, en 2013 presentó un estudio sobre la percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado brindado por enfermería en una IPS de tercer nivel, cuyo objetivo fue describir la percepción del cuidado humanizado. Estudio de naturaleza cuantitativa, descriptiva y transversal. Se estudiaron 90 pacientes hombres y/o mujeres hospitalizados en el servicio de medicina interna y cuidados intermedios de la clínica San Juan De Dios de la ciudad de Cartagena. Para obtener los datos se aplicó una encuesta denominada PCHE, conformado por 58 ítems en escala tipo Likert, elaborado por las investigadoras. Conclusiones : De acuerdo a los datos arrojados se identificó que el 70% de las personas hospitalizadas en la Clínica Universitaria San Juan de Dios, que fueron encuestadas siempre percibieron comportamientos de cuidado humanizado en el personal de enfermería que labora en la institución, un 15% casi siempre, un 11% algunas veces y un 4% respondió que nunca percibió comportamientos de cuidado humanizado en la enfermera.

El Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” ⁽⁹⁾ en 2010 realiza un estudio sobre calidad de atención en salud: percepción de los usuarios, cuyo objetivo fue identificar la percepción de los usuarios frente a la calidad de la atención y servicios de salud. Fue un estudio tipo mixto, descriptivo exploratorio, que empleó métodos y técnicas cuantitativas y cualitativas, las cuales permitieron identificar percepciones de una muestra representativa de usuarios atendidos en el HUV, entre el 2009 y el 2010, sobre la calidad de la atención en salud recibida en esta institución. La muestra estuvo constituida por 510 sujetos hospitalizados, de consulta externa y emergencias. Para

obtener los datos se aplicó el cuestionario SERVQUAL con 91 preguntas estandarizadas para la medición de la calidad del servicio. Conclusiones : el 81% de los usuarios encuestados manifestó algún grado de satisfacción con los servicios recibidos en el Hospital. De ellos, el 44% se declaró satisfecho y el 37% se declaró muy satisfecho. El 70 % de los usuarios se considera satisfecho con el trato recibido por parte del personal de enfermeras y el 64.71 % mostrò altos niveles de satisfacción son respecto a la atención de sus necesidades individuales.

Correia S, Miranda F ⁽¹⁰⁾ en el 2010 realizaron un estudio denominado Calidad y satisfacción en el servicio de urgencias hospitalarias: análisis de un hospital de la zona centro de Portugal, con el objetivo de analizar la relación entre las variables calidad, satisfacción, imagen, confianza y lealtad en el contexto de un servicio de urgencias hospitalarias de la Zona Centro. Para ello, se aplicó la metodología de mínimos cuadrados parciales (PLS) a un modelo estructural construido con las variables indicadas. Los resultados permiten constatar que la imagen y reputación del servicio de urgencias no contribuye de forma significativa a incrementar la confianza en el servicio, ni para su recomendación a otras personas. Esta confianza se alcanza sobre todo por medio de la calidad percibida. La satisfacción del paciente sí que contribuye a incrementar la lealtad al centro. Además, la alta dirección del hospital debe concienciarse de la importancia de reducir los tiempos de espera, mejorar la organización del diagnóstico inicial de los pacientes y de mostrar una preocupación real con el bienestar de sus pacientes como única forma de lograr incrementar su nivel de satisfacción y la confianza en el servicio de urgencias de Portugal.

Investigación actual en el ámbito nacional

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la investigación:

Monchon P, Montoya Y, ⁽¹¹⁾ en el año 2013, realizaron un trabajo de investigación denominado Nivel de calidad del cuidado enfermero desde la percepción del usuario, Servicio de Emergencia. Hospital III-EsSalud .Chiclayo, de tipo cuantitativo, descriptivo; tuvo como objetivo: Determinar el nivel de calidad del cuidado enfermero desde la percepción del usuario. La muestra fue aleatoria simple, constituido por 329 pacientes. La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de la encuesta SERVQUAL modificada, validada a través de una prueba piloto, siendo el Alfa de Cronbach de 0,76. Los resultados obtenidos mostraron que un 64,18% de los usuarios afirman que el nivel de calidad del servicio es bajo, el 30,18% lo califica como nivel de calidad medio y el 5,64% como nivel de calidad alto. Las dimensiones mejores calificadas fueron las de fiabilidad y capacidad de respuesta con una brecha de -0,92 y la de más baja ponderación fue la dimensión de elementos tangibles con una brecha de -1,08. Se concluyó que el nivel de de calidad del Cuidado enfermero en el servicio de emergencia de este hospital es bajo.

Rojas M, Valeriano V, ⁽¹²⁾ en el año 2010 realiza el trabajo de investigación descriptivo y transversal, titulado : Calidad de Atención de la Enfermera y Satisfacción del paciente en el Servicio de Emergencia en el Policlínico María Donrose Sutmoller- Lima. Perú, en una muestra constituida por 30 pacientes , los resultados fueron: el grupo etàreo que más busca consulta es de 21 a 35 años con un 56.7% , además se encuentra que las familias que más hacen uso de los servicios , son las familias que duran menos de 30 minutos para su llegada a la unidad. Con respecto al primer problema en la atención, 30% señalaron que era el tiempo de espera, 26.7% la falta de personal, el 23.3% la falta de medicamentos, 20% el maltrato por parte del personal. En cuanto a la privacidad en la consulta, el 60% refiere no tenerla.

Medina M, Esquicha A, ⁽¹³⁾ el 2009 , realizaron el estudio denominado Grado de satisfacción de los pacientes asegurados hospitalizados en la Clínica Virgen de las Mercedes, Hospital Militar de Lima. Con el Objetivo:

determinar el grado de satisfacción respecto a la atención recibida en los servicios hospitalización de los pacientes transferidos del Hospital Rebagliati – EsSalud a una clínica particular de la ciudad de Lima, de tipo descriptivo observacional y transversal; en el que se empleó un cuestionario semiestructurado, elaborado por EsSalud y adaptado por la autora, entrevistándose a 105 pacientes asegurados hospitalizados en la Clínica «Virgen de las Mercedes», con referencia al trato brindado por el equipo de salud, a la alimentación recibida y a la infraestructura; los resultados demuestran que el 52,4% de los pacientes manifestó grado medio de satisfacción respecto a la atención recibida durante su hospitalización en esta clínica; seguido de 25,7% con satisfacción baja, mientras que el 21,9% manifestó satisfacción alta. Respecto a la alimentación recibida y a la infraestructura, predomina una satisfacción media (65,8 y 62% respectivamente), frente a 47,6% en relación al equipo de salud. Conclusiones: el nivel de satisfacción general referido por los pacientes respecto a la atención recibida en la clínica es medio, siendo la dimensión más influyente el trato brindado por el equipo de salud, seguido de la infraestructura y la alimentación.

Investigación actual en el ámbito local

Nunura A, ⁽¹⁴⁾ el año 2013, desarrollò el trabajo de investigación, titulado “Percepción del paciente sobre el Cuidado de Enfermería en el servicio de Medicina del Hospital de la Amistad Perú Corea II.2-Santa Rosa -Piura”, el cual corresponde a un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, prospectivo y transversal; cuyo objetivo fue determinar la percepción del paciente sobre el cuidado de enfermería. Para lo cual se aplicó un cuestionario a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Entre los resultados tenemos: que el cuidado de enfermería según la percepción del paciente es bueno para el 41.7%, regular para la misma cifra y malo para el 16.6%. Dentro de las dimensiones, la investigación pone en evidencia, que el cuidado

más desarrollado por la enfermera(o), es en la dimensión biológica (83.3%) e intelectual (60%). Se concluye que a pesar de que la percepción del cuidado de enfermería en el servicio de Medicina del Hospital de la Amistad Perú-Corea II.2-Santa Rosa, Piura, va de regular para bueno, existe un porcentaje significativo (16.6%) que lo percibe como malo.

2.2 Bases teóricas

Abordar el tema del cuidado humano, significa remontarse no solo a los orígenes de la enfermería moderna en el siglo XIX, sino mucho antes, cuando en el seno de la comunidad tribal primitiva, el acto instintivo de cuidar practicada por la mujer – madre, fue garantía de la conservación de la especie humana.

Solo a partir de la institucionalización hospitalaria, el saber de enfermería fue organizado y sistematizado, dando origen a la enfermería moderna, la misma que nos encamina a comprender la importancia de los saberes interdisciplinarios en el desarrollo de las profesiones. Florence Nightingale, considerada como la primera enfermera profesional en el mundo, se interesó por el cuidado de los enfermos y aprendió el arte de la enfermería.

Debemos comprender que el centro del cuidado es el ser humano, al que vemos como un todo, no dividido en órganos, ni sistemas, ni por enfermedades, sino que es un cuerpo que siente, que sufre, que tiene alegrías, que tiene un saber que hay que conocer y valorar. Además el cuidado humano nos lleva a armonizar entre el equipo de enfermería y de salud con la persona con una visión ética y estética. Nos permite además una visión ecológica, es decir nos preocupa su entorno hospitalario, familiar y social de aquel ser cuidado. Esta relación armónica entre el cuidador y el ser cuidado basado en valores es lo que concebimos como la estética y la ética del cuidado de enfermería ⁽¹⁵⁾.

El “**cuidado**” constituye el foco principal del profesional enfermero. En un sentido genérico, 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 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 sí 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. Marriner, 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. Entonces sí, 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”*.

Los atributos del Cuidado de Enfermería :

- a) Constituye la esencia de la profesión, pero con una mirada global se debe considerar como un medio para lograr un fin que es propender a la salud de las personas
- b) Se basa en el respeto a las personas
- c) Es intencional , es planificado, es dirigido
- d) Es un proceso, tiene etapas
- e) Relacional, es un proceso interpersonal
- f) Su carácter es personal, ya que implica una interacción profesional

- g) Es competente, requiere preparación profesional
- h) Se da en un contexto , no es aislado
- i) Se mueve en un continuo salud- enfermedad

Colliere, 1993 manifiesta que muchas de las acciones de cuidado a menudo son invisibles, ejemplos de estas acciones son las dirigidas a permitir que las personas recobren la esperanza, acompañarlos en momentos críticos de los procesos diagnósticos y terapéuticos. Estos momentos, invisibles para el sistema de salud, marcan la diferencia en la calidad de los cuidados profesionales enfermeros.

La **calidad en el cuidado de enfermería** implica diversos componentes: La naturaleza de los cuidados, razón para proporcionarlos, el objetivo que se propone, la aplicación de conocimientos y la adecuada utilización de la tecnología y recursos humanos necesarios de acuerdo a la capacidad resolutive y a la normatividad legal existente.

Garantizar la calidad exige a los profesionales de enfermería una reflexión permanente sobre valores, actitudes, aptitudes y normas que orientan la objetivación del bien interno, mediante la implementación de estrategias que privilegien “cuidar con calidad” y comprender sus dimensiones: Ética, interpersonal y de percepción.

Por tanto la **Gestión del cuidado** “constituye un ejercicio de competencias personales, profesionales e instrumentales que desarrolla la enfermera para organizar, coordinar y articular los cuidados en los diferentes niveles de atención asegurando con ello la continuidad y eficacia de los mismos”.

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. La calidad es: - Una propiedad inherente de cualquier cosa que permite que esta

sea comparada con cualquier otra de su misma especie. - Se refieren a un conjunto de atributos y / o propiedades que tiene un objeto sobre la base de los cuales se puede emitir algún juicio de valor acerca de él. - Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos. 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 diálogo intercultural, tanto en la definición de objetivos de calidad como en las acciones concretas de mejoramiento.

La calidad es dependiente 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 sistémico 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,
- 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.

Avedis Donavedian, considerado el padre de la calidad, propone tres **dimensiones de la calidad** : 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:

- A) Dimensión Técnico – Científica, referida a los aspectos científico técnicos de la atención, cuyas características básicas son:
 - Efectividad, referida al logro de cambios positivos (efectos) en el estado de salud de la población

- Eficacia, referida al logro de los objetivos en la prestación del servicio de salud a través de aplicación correcta de las normas y técnicas administrativas
- Eficiencia, uso adecuado de recursos estimados para obtener los resultados esperados
- Continuidad, prestación ininterrumpida del servicio, sin paralizaciones o repeticiones innecesarias
- Seguridad, la forma en que se prestan los servicios de salud determinada por la estructura y los procesos de atención que buscan optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario
- Integralidad, que el usuario reciba las atenciones de salud que su caso requiere y que se exprese un interés por la condición de salud del acompañante.

B) Dimensión Humana, referida al aspecto interpersonal de la atención, y que a su vez tiene las siguientes características:

- Respeto a los derechos, a la cultura y a las características individuales de la persona.
- Información completa, veraz, oportuna y entendida por el usuario o por quien es responsable de él o ella.
- Interés manifiesto en la persona, en sus percepciones, necesidades y demandas, lo que es asimismo válido para el usuario interno.
- Amabilidad, trato cordial, cálido y empático en la atención.
- Ética, de acuerdo con los valores aceptados por la sociedad y los principios ético-deontológicos que orientan la conducta y los deberes de los profesionales y trabajadores de la salud.

C) Dimensión 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.

La **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” Expresada de otra forma: "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.

La **atención de enfermería** es de dos tipos

- a) Atención directa: Debe basarse en las necesidades físicas, emocionales, sociales, culturales, espirituales del paciente que van a determinar los procedimientos de enfermería necesarios, y las necesidades de enseñanza en salud. Los resultados del proceso de evaluación van a determinar la clasificación de pacientes según el grado I, II, III, IV de Dependencia de Enfermería.
- b) Atención indirecta: Son las actividades que desempeña el personal profesional, lejos de la cama del paciente, pero en beneficio de los mismos y para su bienestar, por ejemplo: tareas administrativas, preparación de medicamentos, trámites documentarios, comunicaciones ⁽¹⁶⁾.

La **percepción** es el proceso que nos permite conocer la realidad. Es el resultado de un proceso cognitivo por el cual se otorga un significado a la realidad en base a sus sentidos, modelos e ideales. Olivia Janhay de Tejada Puerta menciona en su estudio a Zambrano, el cual define a la percepción como: “Organización e interpretación de los estímulos que llegan al organismo a través de los órganos de los sentidos. Implica la relación entre la vida interior del sujeto y el mundo circundante y la concordancia entre el estímulo y la significación del sujeto”.

La percepción no es la suma de sensaciones, es más complejo. Es un proceso unitario que se orienta hacia una actividad y se basa en tres aspectos:

- Las sensaciones y los estímulos que producen la percepción, se influyen mutuamente.
- Percepción en los humanos es una unidad de lo sensitivo, lógico, práctico y del pensamiento.
- Percepción como reflejo de la personalidad, actitudes y experiencias.

Entonces la percepción es el proceso cognitivo que interpreta de un modo directo la realidad. Esta interpretación se realiza en base a los sentidos (vista, oído, olfato, el tacto) y a la intervención de factores internos, luego generarán respuestas mentales o imágenes que corresponden a objetos sensibles.

Asimismo también menciona a Lily Cevallos quien refiere que la percepción es “Un proceso mental, cognoscitivo que nos permite a su vez formar conceptos, opiniones, impresiones, sentimientos acerca de un individuo, objeto o fenómeno en función a las experiencias pasadas, al contexto social, al conocimiento de la realidad de acuerdo a nuestras necesidades, intereses, aspiraciones y deseos”.

Para la psicología moderna, la interacción con el entorno no sería posible en ausencia de un flujo informativo constante, al que se denomina percepción. La percepción puede definirse como “el conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanzan a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuemos con él y nuestros propios estados internos”.

La percepción de los individuos tiene como características el ser subjetiva, selectiva y temporal. Es subjetiva porque las reacciones a un mismo estímulo varían de un individuo a otro. Es selectiva porque la percepción es consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona que no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en función de lo que desea percibir; y es temporal, ya que es un fenómeno a corto plazo.

Dado que la percepción está determinada en base a nuestras propias experiencias, modelos, ideales y expectativas, podemos afirmar que la percepción en el adulto mayor está influenciada por los cambios que sufre, producto del envejecimiento tanto físicos, psicológicos y sociales y a su vez por la percepción que la sociedad tiene de él ⁽¹⁷⁾.

III.METODOLOGÍA

3.1 Tipo

La investigación se caracteriza por ser un estudio de naturaleza cualitativa, que según Ludke M, André E ⁽¹⁸⁾, es el tipo de estudio que “tiene un ambiente natural como su fuente directa de datos y el investigador como su principal instrumento (...), supone el contacto directo y prolongado del investigador con el ambiente y la situación que está siendo investigada”.

3.2 Método

Se utilizó el método de historia de vida, porque esta metodología permitió una aproximación mayor con los pacientes hospitalizados en UCIN-Medicina, presentando las experiencias y las definiciones vividas e interpretadas por ellos.

El método historia de vida consiste en solicitar a los sujetos de estudio contar su vida, es el modo como el individuo representa los aspectos de su pasado que considera relevantes para la situación actual ⁽¹⁹⁾.

Respecto al significado del término historia de vida, la lengua inglesa dispone de dos palabras para traducir el vocablo francés “*histoire*”, que son “*story*” e “*history*”. En 1970, el sociólogo Denzin propone la distinción de terminología como aclara Bertaux D. ⁽²⁰⁾, *Life Story*, designa la historia de una vida de la persona que la vivió y la relata y *Life History* está reservada a los estudios de casos sobre una determinada persona, comprendiendo no solo su propia narración de vida, sino también todos los tipos de otros documentos como relatos médicos, relatos judiciales, pruebas psicológicas y testimonios de parientes. La primera abordaje fue la más apropiada para este estudio o sea comprende la narrativa de los pacientes hospitalizados en UCIN-Medicina.

Para Glat R. ⁽¹⁹⁾, el método historia de vida quita al investigador de su pedestal de “dueño del saber” porque valoriza lo que el sujeto tiene que decir sobre sí mismo, lo que él cree que sea importante sobre su vida. No es el investigador que tiene el control de la situación. Al contrario, todo el estudio es direccionado por el entrevistado, a partir de su visión de mundo, de cómo vivenció los hechos y como ellos interaccionan con el presente. Esa autora resalta que es la subjetividad natural de la autobiografía que constituye la verdad de este género.

Corroborando dicha aseveración, Camargo A. ⁽²¹⁾, afirma que las historias de vida representan la mejor manera de comprender la cultura “del lado de adentro” como un conjunto vivo, regido por la armonía intensa, no como un conjunto arbitrario de costumbres e instituciones, cuya realidad es apenas percibida; por eso cree que en las historias de vida, lo que se pierde en confiabilidad estadística es ganado en fructífera interacción entre los datos empírico y las preposiciones teóricas.

Para Kohli M. ⁽²²⁾, la construcción de una historia de vida no es una simple colección de hechos de la vida individual, más si auto-imagen estructural el modo por el cual el individuo representa aquellos aspectos de su pasado que son relevantes en la presente situación, quiere decir es relevantes en términos de intenciones por las cuales el guía sus acciones actuales.

Minayo M. ⁽²³⁾, cita varios tipos de historia de vida, la completa que recubre todo el conjunto de experiencia vivida por una persona, un grupo o una institución; una historia de vida tópica que da énfasis a determinada etapa o sector de la vida personal o de una organización; historia oral que generalmente focaliza acontecimientos específicos tales como fueron vivenciados por una persona o grupo social.

Camargo A. ⁽²¹⁾, considera que la historia de vida es bastante apropiada a estudios de situaciones sociales, que envuelven principalmente sigilo, tornando indispensable el conocimiento íntimo de los sujetos para hacer emerger tendencias oscuras que moldean la realidad social de diversas categorías.

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

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

Bertaux D. ⁽²⁰⁾, define el método de historia de vida, como un procedimiento metodológico que utiliza la historia de una vida, narrada al entrevistador tal cual fue experimentada por el sujeto, llevando a la investigación a enfocar el punto de convergencia o divergencia de los seres humanos, en sus condiciones sociales, de la cultura y de la praxis, en el contexto de las relaciones socio-simbólica y de la dinámica histórica.

Para Camargo A. et al. ⁽²¹⁾, la historia de vida puede tener utilidades diversas como autobiografía, entrevista biográfica, historia de vida como fuente complementaria de investigación e historia de vida como soporte de pesquisa. La historia de vida, como soporte de la investigación, funciona como metodología principal, revela la red de relaciones sociales, no es solamente una fuente complementaria de datos. Las experiencias humanas son descritas en su dimensión temporal y permiten alcanzar los mecanismos de funcionamiento de la estructura social. Se respeta la individualidad y especificidad del actor, por eso su discurso es descompuesto, reagrupado e interpretado. Este proceso puede ser de acuerdo como el contexto social en que se desenvuelve.

Rodríguez G, et al. ⁽²⁴⁾, refiere que, utilizar la historia de vida como método, implica reconocer que la misma es una de las connotaciones del sentido común al lenguaje in-común. Para este autor, hablar de historia de vida presupone que la vida es una historia y que una vida es inseparablemente del conjunto de los eventos de una existencia individual concebida como una historia.

Los pacientes hospitalizados en UCIN-Medicina como sujetos formularon reflexiones sobre su vida, en cuanto narra en el contexto del presente, liberando su pensamiento crítico, que además de seleccionar los hechos determina el significado atribuido a ellos, realizando un verdadero balance de su vida.

La utilización de la historia de vida según Chizzotti A. ⁽²⁵⁾ , fue introducido en el medio académico en 1920, en Chicago y fue desarrollado por Znaniescki, en la Polonia, en la década de 60. Es muy utilizada en la sociología, antropología y psicología y en los últimos años ha sido muy utilizada en las investigaciones en las áreas de educación y enfermería. Cabe registrar que el método de historia de vida en el área de la salud fue utilizada por Glat (psicóloga brasilera, 1989 y 1993) con mujeres deficientes mentales y con madres después del parto, en estudios de maestría y doctorado.

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

AÑO	AUTOR	TÉMATICA	TIPO
1995	SANTOS, R. S.	La maternidad de niños especiales.	Tesis de doctorado
1995	HUMEREZ	La atención brindada al paciente con enfermedad, Teniendo la experiencia de vida de los propios sujetos.	Tesis de doctorado
1996	SILVA, M. G. A. A.	O paciente renal crónico y su adaptación a la nueva condición de vida.	Disertación de maestría
1997	ASSAD, L. G.	La actuación de la enfermera con pacientes de trasplantes renales.	Disertación de maestría
1997	Goncalves, L. R. R.	Percepción de la mujer sobre las enfermedades de transmisión sexual	Disertación de maestría
1998	SANTOS, I. M. M.	La mirada de la madre en el desarrollo de su hijo de 0 a 12 años residentes en una favela	Disertación de maestría
1999	RUBIO, S. A. R.	Percepción de las madres de niños con anomalía congénitas sobre la atención en el pre natal y pos parto en Rio de Janeiro/Brasil y Piura/Perú	Disertación de maestría
2000	RIBEIRO, M. G.	La percepción de la gestantes VIH positivo en relación a su suero positividad	Disertación de maestría
2000	MARQUES, C. O.	Percepción de las promotoras de salud sobre su papel social y	Disertación de maestría

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

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

3.3 Sujetos de estudio

Los sujetos de la investigación fueron siete pacientes hospitalizados en UCIN-Medicina que voluntariamente aceptaron participar de la investigación, después de haber sido informado sobre esta investigación firmando el término de consentimiento libre e informado (ANEXO 2).

Los sujetos de estudio tuvieron su identidad sigilosamente preservada, no fueron adoptados criterios de exclusión porque según Bertaux D. ⁽²⁰⁾, cuanto más diverso es el grupo investigado, mayor la probabilidad de describir todas las posibilidades del cotidiano de los sujetos de estudio.

El tamaño de la muestra fue determinada en base a las necesidades de información, por ello, uno de los principios que guiaron el muestreo fue la saturación de datos, esto es, hasta el punto en que ya no se obtuvieron nueva información y esta comienza a ser redundante ⁽²⁰⁾.

El siguiente cuadro presenta a los pacientes hospitalizados en UCIN-Medicina, con nombres ficticios elegidos por la relación entre la personalidad de los entrevistados y personajes históricos, bíblicos o sociales. Respecto a las características de los entrevistados tenemos que las edades varían entre 25 y 72 años; por el sexo Cuatro masculinos y tres femeninos; por su estado civil tres casado, 03 solteros y 01 viuda; por el grado de instrucción uno tienen educación superior técnica, uno educación superior universitaria, tres secundaria completa y dos primaria incompleta; la ocupación, tres son ama de casa, 01 policía jubilado, 01 profesionalista con trabajo eventual, 02 obreros con trabajo eventual; número de hijos, se encuentra entre un hijo como mínimo y seis hijos como máximo.

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	GRADO DE INSTRUCCIÓN	OCUPACIÓN	Nº DE HIJOS
María	45	Femenino	Madre soltera	Secundaria completa	Ama de casa	1
Magdalena	72	Femenino	Viuda	Primaria incompleta	Ama de casa	6
Jacob	50	Masculino	Casado	Secundaria completa	Ebanista	5
Ester	53	Femenino	Soltera	Primaria incompleta	Ama de casa	6
Jose	60	Masculino	Casado	Superior técnica	Policía jubilado	2
Pedro	25	Masculino	Soltero	Superior universitaria	Licenciado en enferm.	2
Jonas	50	Masculino	Casado	Secundaria completa	Chofer	6

3.4 Escenario de estudio

El escenario de estudio fue la Unidad de Cuidados Intermedios del Servicio de Medicina del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, donde la investigadora desarrolla actividades profesionales, lo que facilitó la aproximación a los sujetos de estudio, el local de trabajo no constituyó foco de interés de la investigadora.

El Hospital de Apoyo II-2 Sullana fue inaugurado el 26 de agosto de 1963, es el Centro Referencial del MINSA de mayor complejidad, con una cobertura de atención que sobrepasa el millón cien mil habitantes provenientes de los Departamentos de Piura y Tumbes.

En sus inicios fue dimensionado para una capacidad de 100 camas y brindar atención a 50,000 habitantes, a través de 04 especialidades básicas. Hoy dispone de 193 camas hospitalarias y 17 especialidades médicas.

La Unidad de Cuidados Intermedios constituye una parte esencial del Departamento de Medicina y està destinada a la atención de pacientes críticos con grado de dependencia III que requieren : monitorización continua, cuidados de enfermería y capacidad de respuesta mèdica superiores a los disponibles en una planta de hospitalización convencional.

Es una unidad polivalente atendida por médicos internistas-cardiólogos, organizada para la atención de salud especializada a usuarios críticos en condición de: inestabilidad y gravedad persistente, estabilidad pero que su estado aún reviste gravedad por la susceptibilidad a complicaciones.

El cuidado es garantizado las 24 horas del día, realizándose terapia con soporte tecnológico, personal profesional de enfermería entrenado con un ratio de 1 enfermera por 6 camas , personal técnico y, una organización que permite prestar de manera temporal, y en situaciones de urgencia, cuidados médicos y de enfermería semejantes a los de la UCI mediante protocolos asistenciales específicamente definidos.

Los ingresos de pacientes a la unidad proceden de la unidad de cuidados intensivos, servicio de emergencia, hospitalización y consulta externa y, tienen en común la posibilidad de reducir la morbimortalidad con la adopción precoz de medidas mínimas de monitorización, vigilancia y tratamiento no disponibles en las áreas de hospitalización y urgencias, a su vez que también permite racionalizar la utilización de las camas de cuidados intensivos para pacientes más graves.

Las profesionales de enfermería de UCIN – Medicina, tienen un especial entrenamiento y realizan : el cuidado de enfermos agudos y críticos, reanimación cardiopulmonar, identificación de arritmias, monitorización hemodinámica, utilización de respiradores, manipulación de catéteres y manejo de aparatos de asistencia mecánica. Tienen experiencia clínica para el adecuado reconocimiento de la sintomatología de las diversas afecciones, así

como una ágil administración de los tratamientos más habituales en los pacientes ingresados en la unidad, perfil necesario, toda vez que no existe médico permanente en la misma.

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.

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 ⁽²⁶⁾.

Algo muy significativo en este método es la interacción entre sujeto y el investigador. Como la entrevista es abierta, eso permite al entrevistador dar un relato sobre su vivencia. Siendo a partir de este relato que las posibilidades

de diálogo surgen, principalmente la oportunidad para que ambos cuestionen y reflexionen, ya que, al relatar su vida, la persona realiza junto al investigador un análisis de ella, prospectiva y evaluativa ⁽²⁶⁾.

La escucha respetuosa intenta aprender la especificidad del mundo personal. En esa perspectiva, el investigador es, antes que nada, el aprendiz de la verdad del otro. Ya que, la alteridad es por naturaleza irreductible. ¿Cómo alcanzar la visión que el otro tiene de sí y de su mundo? Solamente por el diálogo. La dimensión dialógica de la investigación constituye la garantía de la adecuación del discurso producido en ese encuentro ⁽¹⁹⁾.

En ese sentido, Santos et al ⁽²⁶⁾, afirman que en el método historia de vida consiste en una entrevista abierta, es decir, sin un formulario de preguntas predeterminado, en el cual se pide al sujeto para hablar libremente sobre su vida, un determinado periodo o aspecto de ella. A partir de sus narraciones el entrevistador irá formulando preguntas o realizando comentarios para aclarar o profundizar determinado punto, sin embargo la dirección de la conversación y los tópicos a ser abordados son escogidos espontáneamente por el sujeto de estudio.

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

Los relatos de los pacientes hospitalizados en UCIN-Medicina fueron recogidos por entrevistas personalmente, previamente pactada y en la que se indico las preguntas norteadoras, configurando de esta forma, un documento primario. Para el desarrollo de la entrevistas, se utilizo el ambiente de la UCIN, se realizaron durante la mañana entre 10 y 12 del día, y la tarde 16 a 18 horas . Las entrevistas fueron realizadas durante el periodo comprendido entre el 2º de Noviembre y el 1º de Diciembre del 2016.

Bertaux D. ⁽²⁰⁾, recomienda que es necesario que haya una ambientación o contacto previo del investigador con el escenario de su investigación para que suceda una aproximación entre entrevistado y entrevistador. Según el autor, eso facilita el trabajo, una vez que el entrevistado contará su historia de vida con más facilidad. En esos relatos varios aspectos pueden ser levantados, incluso acontecimientos íntimos, y la privacidad facilita y evita cualquier constreñimiento. Cuando el entrevistado se familiariza con el entrevistador él cuenta su historia con más facilidad.

En ese sentido, las entrevistas que se realizaron en el ambiente de la UCIN del hospital, el cual fue un ambiente, privado, cómodo y 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 entrevistas, que se recuperó reiniciándola en el punto en que se suspendió.

Antes de iniciar la entrevista el paciente hospitalizado en UCIN-Medicina fue informada sobre los objetivos de la investigación, garantizándoles la privacidad, confidencialidad y anonimato de las informaciones grabadas, la libertad y el respeto para no responder lo que considere indiscreto o no necesario y finalmente se solicitó la firma respectiva del consentimiento informado (Anexo2). Bertaux D. ⁽²⁰⁾, 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.

Antes de iniciar la entrevista se aclaró al entrevistado que tenía libertad para hablar sobre lo que desee y que podía referirse a cualquier etapa de su vida desde el nacimiento hasta el presente. El objetivo inicial de la conversación

sobre la investigación y la disponibilidad de varias opciones tuvo la finalidad que el entrevistado iniciase su discurso por los acontecimientos más representativos de su vida. Pedí que me contará todo sobre su historia de vida como paciente hospitalizado en UCIN-Medicina y aquello que tuviera relación con ello. Se solicitó que reflexionase desde su infancia hasta la actualidad y que estableciese relaciones con otros acontecimientos marcantes de su vida y de su condición de paciente hospitalizado en UCIN-Medicina. A partir del momento en que la pregunta norteadora de la entrevista fue hecha, él dio su relato, tal como considero importante.

De acuerdo con la orientación metodológica, las entrevistas iniciaron siempre con la pregunta: “hable de lo que usted considera importante respecto de su vida y que tenga relación al cuidado de enfermería que recibió en la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Apoyo II-2” y terminó cuando la entrevistada consideró que no había nada más que relatar en aquel momento. (Anexo 1).

El clima durante las entrevistas transcurrió de modo informal y en determinados casos bastante relajado. La receptividad fue excelente, al inicio de la entrevista percibi, cierto temor por parte de los sujetos de estudio en función de la ansiedad sin embargo, con la continuidad de la entrevista el nivel de la ansiedad disminuyó. Muchos de ellos al recordar ciertos eventos de su vida lloraron o se pusieron tristes.

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

hasta que estábamos seguros de lo que la persona en estado crítico quería decir exactamente.

En algunos momentos, sentí la necesidad de estimular a los pacientes hospitalizados en UCIN-Medicina para hablar más sobre determinados aspectos por ellas abordados y necesidad de traer nuevamente la pregunta orientadora para que continuasen a hablar de su historia. Atkinson R. ⁽²⁷⁾, comenta que algunas personas necesitan solo de un impulso y de un oído atento para traer su historia de vida hasta el fin. Sin embargo otras necesitan de preguntas periódicas para continuar a contar su historia.

Santos et al ⁽²⁶⁾, recomiendan que el entrevistador “no debe traer a flote ningún tema que no haya sido mencionado por el entrevistado” Caso el entrevistado aborde determinado asunto superficialmente, el entrevistador debe estar atento y estimular a hablar más sobre el asunto.

La duración de las entrevistas no fue estipulada rigidamente, durante la realización de las mismas verifiqué que la duración varió entre 20 minutos a 30 minutos. Santos et al ⁽²⁶⁾, afirman que no hay duración límite para que la entrevista transcurra, pudiendo variar de acuerdo con la persona que cuenta la historia y acaba cuando el sujeto de estudio no tiene más nada que acrescentar. Algunas veces, hay circunstancias que prevalecen y pueden limitar una entrevista.

Al terminar el proceso de entrevista, agradecía la participación de las personas hospitalizadas en estado crítico y comentaba cuanto había sido importante y significativo para mí la experiencia de poder compartir con ellos su historia de vida. Algunas, incluso, agradecieron la oportunidad de hablar, refiriendo que la entrevista para ellos había servido como un desahogo. Respecto a eso Atkinson R. ⁽²⁷⁾, comenta que: para la gran mayoría de las personas, contar las historias de vida es algo que ellas realmente quieren hacer. Todo lo que las personas necesitan es de alguien para escucharlas o

alguien que muestre interés en sus historias.

Después de cada entrevista, preguntaba a los pacientes hospitalizados en UCIN-Medicina, si les gustaría oír la cinta o leer el material después de transcritos para ver si alguna cosa necesitaba ser agregada u omitida, conforme recomienda Atkinson R. ⁽²⁷⁾ . Pero ninguno de los sujetos de estudio solicitaron la entrevista, por lo que nada fue alterado.

Las entrevistas fueron grabadas, después de la autorización de los pacientes hospitalizados en UCIN-Medicina, garantizándose el anonimato recomendado en una investigación científica, las mismas fueron transcritas textualmente. El audio se utilizó a fin de obtener mayor fidelidad de los datos ya que la reproducción a través de la memoria y las anotaciones son menos confiables. Bertaux ⁽²⁰⁾, recomienda que la transcripción de las entrevistas ocurra inmediatamente, lo que permitirá al investigador organizar las ideas en relación a cuestionamientos y al punto de saturación.

Atkinson R. ⁽²⁷⁾, recomienda que después de la transcripción, el entrevistador deje las preguntas y comentarios del entrevistador y otras repeticiones fuera y que solamente las palabras de las personas que cuentan la historia permanezca, de modo que ella se torne más fluente.

Sin embargo Poirier J, et al ⁽²⁸⁾, recomienda que el escrito sea la reproducción fiel de lo hablado. El discurso así realizado reproduce fielmente el discurso registrado, con sus repeticiones, y su eventuales errores de lenguaje, las pausas, suspiros, etc. Las interpretaciones o preguntas del entrevistador son igualmente anotadas con fidelidad, en el momento en que ocurrieron. Cada entrevista se le colocó la fecha y señalada su duración.

Respecto a las recomendaciones de Atkinson R, y Poirier J. et al. ^(27,28), se puede decir que la transcripción de las entrevistas se realizaron como recomiendan: guardándose en primer lugar tal y como expresaron sus

narraciones, pero también se guardaron sin los comentarios del entrevistador y sin las repeticiones, corrigiendo también la pronunciación.

Después de cada transcripción de la grabación, escuché nuevamente la grabación mientras leía la transcripción, para tener certeza de que no hubo omisión, como recomienda Poiner et al ⁽²⁸⁾, que a través de la reescucha, nos aseguramos de que el escrito es la reproducción fiel de lo hablado. Además cuanto más próximo el entrevistador este del propio texto más fácil será para identificar las categorías interpretativas y entender, mejor el modo como la historia fue contada.

En el análisis sobre la historia de vida de los pacientes hospitalizados en UCIN-Medicina, nos permitió encontrar bases para determinar el referencial teórico que respondiese el contenido de los relatos, pues en el método historia de vida el referencial teórico es determinado a partir de las historias de vida. De acuerdo con Santos et al ⁽²⁶⁾, 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 o frecuencia de aparición puede

significar alguna cosa para el objetivo analítico escogido ⁽²⁹⁾ . 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 la grabación.

(b) Lectura minuciosa de todo el material transcrito;

(c) Lectura de los relatos de cada paciente hospitalizado en UCIN-Medicina sobre los temas trabajados de todo el material para sentir lo que había de semejante, o no, en sus hablas;

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

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

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

Según Bertaux D. ⁽²⁰⁾ , 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 hospitalizados en UCIN-Medicina, o sea, fueron construidas configurando las categorías encontradas y respetando la veracidad de las historias de vida narradas. Santos et al ⁽²⁶⁾, 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. ⁽¹⁹⁾ , afirma lo siguiente “Es por lo tanto a través de los relatos de historias de vida que se puede caracterizar la practica social de un grupo”.

Inicialmente, a partir de la lectura exhaustiva de los relatos y escucha de las hablas, se buscó identificar en las hablas de los pacientes hospitalizados en UCIN-Medicina aspectos destacados en el texto considerados relevantes y, entonces, se pasó a buscar en las entrevistas, partes de los relatos que se aproximaban, siendo realizado, por lo tanto la codificación, lo que originó cuatro categorías preliminares las que son: percepción de fiabilidad, de la seguridad, de la capacidad de respuesta y de la empatía.

Después de haber codificado, se realizo varias lecturas de las entrevistas, buscando asociarlas a las categorias siendo reagrupadas, considerándose la convergencia y divergencia del significado. Este proceso es denominado

según Bertaux D. ⁽²⁰⁾, como análisis comparativo. De esta forma a partir de la recodificación surgieron cuatro categorías temáticas o categorías analíticas:

1. Percibiendo confianza en el cuidado de enfermería
2. Percibiendo seguridad en el cuidado de enfermería
3. Percibiendo capacidad de respuesta en el cuidado de enfermería
4. Percibiendo empatía en el cuidado de enfermería

IV. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE RIGOR CIENTÍFICO

La investigación cualitativa estuvo basada en criterios que tienen como finalidad asegurar la calidad y la objetividad de la investigación. Considerándose los siguientes criterios: ^(29, 30, 31)

En relación al rigor:

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

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

Aplicabilidad:

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

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

Auditabilidad:

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

Confirmabilidad:

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

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

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

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

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

Privacidad:

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

Confidencialidad:

Se refiere a que los secretos expuestos por las colaboradoras no pueden ser revelados y las grabaciones serán confidenciales, utilizadas sólo para fines de investigación. Los testimonios de los pacientes hospitalizados en UCIN-Medicina fueron grabados, y se manejó confidencialmente, usándose sólo para fines de investigación.

V. ANALISIS TEMATICO**5.1 Presentación de resultados y discusión****Unidades temáticas****1. Percibiendo fiabilidad en la enfermera**

María “... aquí me atienden mejor que en emergencia, allí no hacen caso, demoran para darme mi tratamiento, aquí hay pocos, por eso creo que nos atienden mejor...”

Magdalena “cuando sentí el dolor en mi pecho y sentía que me moría, le pedi a mi hijo que me lleve al hospital, a pesar de poder pagar una clínica, pero yo tengo confianza en los médicos y enfermeras de este hospital. Aquí en este lugar (UCIN) me siento bien”.

Jacob” hay una enfermera, que es como creida, habla poco, es muy mecánica, creo que porque es esposa de médico, no me da confianza”.

Ester” Yo desearía que me hagan la diálisis aquí, porque confío en ustedes, allá no conozco a nadie y tengo miedo, me vaya a morir”

Josè”primera vez que vengo y estoy satisfecho con la atención , los médicos son los mejores de Sullana, y ustedes también “

Pedro“ licenciada, por primera vez que el valor de la glucosa sale alta, no quiero que me aplique insulina” no me vaya a aplicar, me vaya a morir.

Jonas “..... “ doctora, en emergencia me trataron mal, me regresaron, seguía con el dolor por eso vine nuevamente, y porque no tengo dinero. Imagínesse que era un infarto. Ingrese a la 10.00 pm y me pasaron aca a las 5.00 am, porque necesitaban camas, pero aquí estoy mejor, están ustedes las doctoras que si saben”.

Travieso E ⁽³²⁾, En actos asociados pero independientes, como el suministro de medicamentos, el profesional de enfermería entiende, que por el hecho de serlo, adquiere un compromiso ético con el paciente. Compromiso mediante el cual adquiere la responsabilidad de protegerlo, buscar su bien, defender sus derechos, ser veraz y actuar de acuerdo con su sentido de las obligaciones frente al propio paciente, familia, comunidad y compañeros de trabajo.

En este caso la enfermera juega un papel muy importante en cumplir exitosamente con el servicio ofrecido, toda vez que la razón de ser y quehacer de enfermería es alcanzar alto nivel de excelencia en la prestación del cuidado.

2. Percibiendo seguridad en la enfermera

María “... veo que la enfermera se lava las manos , algunas me informan lo que dice la máquina, me alientan, bromean, su sonrisa me da seguridad ”

Magdalena” Las licenciadas se preocupan por mi, es que mi hijo es médico, me han pegado la cama a la pared, para que no me caiga., están

pendiente de todo. Para todo se colocan guantes, no tiene jabon, papel, pero mi hijo ya trajo porque me pueden contagiar”

Jacob” *la he visto doctora que se cambia guantes cada momento, entiendo que es para no contagiarnos“*

Ester.....” *las enfermeras, todas son muy buenas, me motivan que me haga las diálisis, que aca me pondrán el catéter, pero no quiero, acá deben hacer diálisis para no ir a otro lugar”.*

Jose”*sin duda , licenciada, me siento mejor que en clínica, muy buena atención, en todo, solo falta un baño ”*

Pedro” *yo soy enfermero, por eso desconfio de todo, ud, me tiene que cambiar la via endovenosa, pero en una buena vena “*

Jonas” *Doctora, ustedes se preocupan por mi. Gracias, pero faltan otros doctores para la noche”, me da miedo que me quede dormido y me repita el infarto “*

Prieto et al. ⁽³³⁾ refiere que pacientes y representantes de asociaciones aseguran que durante la hospitalización se producen «fracturas en la seguridad»: el personal no se lava las manos entre paciente y paciente, falta de asepsia en la manipulación de sondas y vías, en la manipulación de la medicación y la comida, escasas medidas para evitar caídas, salidas fuera de los centros en ropa de trabajo, falta de coordinación y comunicación entre distintos profesionales y servicios, falta de homogeneidad en la aplicación de protocolos, presencia de personal con poca experiencia sin tutela, falta de tiempo y sobrecarga en los profesionales. En muchos casos, se disculpa al profesional concreto y se responsabiliza a la administración y las autoridades sanitarias del error

por no poner los medios necesarios para evitarlos: más profesionales, más formación, más protocolos y más sistemas de vigilancia y control.

En caso de enfermedades agudas, el término de seguridad se definía como la ausencia de errores en la atención sanitaria. En cambio, las personas con enfermedades crónicas manifiestan que «seguridad» es también «sentir que los profesionales se preocupan e interesan por ti», que «el paciente dispone de la información que necesita», que «se cuidan las necesidades emocionales o psicológicas» y que «no ocurren fallos administrativos». Los pacientes con enfermedades crónicas destacan sentir una especial falta de seguridad en la atención a los problemas de salud ajenos a su enfermedad crónica.

Cuidar en la enfermería significa un todo y brindar seguridad al paciente, significa “estar con” que incluye estar allí con la persona y transmitir disponibilidad.

3. Percibiendo la capacidad de respuesta de la enfermera

Marìa” yo vengo varias veces aquí , y veo que la señoritas son casi las mismas (enfermeras) , se lo que van a hacer conmigo, una señorita nueva no sabe manejar esa màquina (bomba de infusión) , porque se queda sonando toda la noche. yo, cuando me pongo mal llaman rápido al mèdico porque me puedo morir”.

Magdalena”las enfermeras saben hacer su trabajo, mi hijo dice que las llame nomas”.

Ester” gracias señorita por todo, no me hare la diálisis, ustedes me dan seguridad.

Arreziado et al. ⁽³⁴⁾, (...) Benner identifica nueve dominios (situaciones importantes alrededor de las cuales se organizan objetivos). En cada uno de estos dominios se destacan seis aspectos del juicio clínico y del comportamiento de la enfermera experta: a) pensamiento en acción y razonamiento en transición; b) conocimientos técnicos expertos; c) práctica basada en la respuesta; d) representación-mediación; e) agudeza perceptiva y habilidad de implicación, y f) enlace clínico y ético (...)

La práctica basada en la respuesta es la capacidad de la enfermera para responder a las necesidades del paciente. “Los practicantes expertos son motivados y guiados por su capacidad de hacer práctica excelente. Existen otras motivaciones y hay muchas amenazas para esta práctica, pero la ética de la práctica excelente es motivada por uno mismo.

Los pacientes sienten seguridad cuando interactuamos con ellos, es decir cuando le saludamos, le manifestamos que estaremos velando durante el turno por su salud y le mostramos interés.

4. Percibiendo empatía en la enfermera

María “... aquí son buenas, nos tratan bien, en emergencia no nos hacen caso, será que hay mucho paciente, gracias señorita por ayudarme, yo se que me voy a morir, me preocupa mi niña, quien la va cuidar, necesito cuidarme para vivir un poquito más (llora) “

Magdalena” Las señoritas, nos hacen sentir bien, conversan con nosotras, eso nos hace olvidar la preocupación por nuestras familias.

Pedro...”aquí tratan chévere, son mis colegas, por eso puedo decirlo”, conversamos sobre temas de enfermería.

La empatía es la capacidad de sintonizar con las emociones y sentimientos del otro; la capacidad de ponerse en su lugar y saber lo que siente. Entre las habilidades de la empatía están la capacidad de percibir los estados de

ánimo de la otra persona, saber "leer" lo que dice su tono de voz, su postura, sus modales. La persona empática se da cuenta de las necesidades afectivas del otro. Reconoce su temor, su angustia, su tristeza.... Quien tiene una relación de empatía, no asume posturas de juez, criticando y enjuiciando las emociones y sentimientos del otro ⁽³⁵⁾.

Pablo E ⁽⁶⁾, en su trabajo de investigación, concluye que existe una relación significativa entre la empatía de las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos y la satisfacción de los pacientes críticos adultos del Hospital Regional de Huacho.

Jean Watson manifiesta que el desarrollo de una relación de ayuda y confianza se realiza mediante la coherencia, la empatía, calidez sin posesión y comunicación efectiva. Peplau manifiesta que Enfermería: Es un proceso interpersonal significativo y terapéutico, es un instrumento educativo, una fuerza de maduración, con el objetivo de promover la salud y el movimiento de la personalidad en dirección de una vida creativa, constructiva ⁽³⁶⁾.

La profesional de enfermería, dentro de su desempeño laboral interactúa con el ser humano, por lo cual debe desarrollar la capacidad de la empatía, asumiendo conductas positivas, afrontando el ejercicio de la profesión.

VI. CONSIDERACIONES FINALES

1. En relacion a la fiabilidad de la calidad del cuidado de enfermería , el profesional adquiere un compromiso ético con el paciente al desarrollar el sistema de valores humanístico – altruísta
2. En relacion a la seguridad en el cuidado , la enfermeras lo aplican con un enfoque físico, màs no psicológico .
3. En relacion a la capacidad de respuesta en el cuidado, las enfermeras tienen la experticia adecuada, brindando un cuidado oportuno y eficiente.
4. En relacion a la empatìa en el cuidado, las enfermeras la aplican considerando que permiten la relacion de ayuda.

El cuidado de enfermería esta destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud. Si bien todo cuidado responde a una necesidad, el cuidado sanitario tiene metas específicas, se apoya en un contexto epistemológico, y se formaliza y desarrolla por medio de una serie de técnicas aprendidas en la formación profesional de enfermería.

Los cuidados en nuestra cultura y tiempos históricos actuales necesitan una fuerte reconsideración hacia la humanización de la salud, en la que los cuidados se sitúan ética y profesionalmente, pero que están en una tensión con los discursos dominantes, a saber: la tecnología, la enfermedad y la práctica

basada en la evidencia; visiones en donde la enfermería y sus practicantes no aclaran aún por cuál corriente optar o cómo intentar convivir con ellas.

VII. RECOMENDACIONES

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

1. Se recomienda a los profesionales de salud realizar estudios cualitativos sobre las percepciones y expectativas del usuario, para así poder comprender a profundidad la realidad de los procesos que se desarrollan durante el cuidado del paciente .

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud. Política Nacional de Calidad en Salud. Lima. 2009.
2. Reynaga R, Calidad de atención en el Peru. Revista Gestión Pública y Desarrollo [Revista on-line]. 2011 May11 [citado 05 Ag 2016] 13-14. Disponible en http://www.gestionpublica.org.pe/plantilla/rxv5t4/1029474941/enl4ce/2011/mayo/revges_1248.pdf
3. Càceda S, Luna-Victoria F. autopercepción y percepción como miembro del equipo asistencial de enfermería . Desde la perspectiva del técnico en enfermería y la enfermera. Revista del CRI II.2003 (1): 61-62
4. Hospital II-2 Sullana. Libro estadístico de Departamento de Medicina. Sullana. 2015.
5. Heras A, Abizanda R, Belenguera A, Vidala B, Ferrándiza A, Micó ML, Álvaro R. Unidades de Cuidados Intermedios. Consecuencias asistenciales en un hospital de referencia. Rev MedicinaIntensiva [Revista on-line]. 2007 Oct [citado 2016 Abr 25] ; 31 (7). Pag 353-60. Disponible en : <http://www.medintensiva.org/es/unidades-cuidados-intermedios-consecuencias-asistenciales/articulo/13110701/>
6. Pablo E. Empatía de las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos y Satisfacción de los pacientes críticos adultos [Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Docencia Superior e Investigación Universitaria] Huacho: Universidad Nacional de Huacho; 2012 [acceso 12 Nov 2016]. Disponible en : <http://190.116.38.24:8090/xmlui/bitstream/handle/123456789/26/EMPAT%20C3%8DA%20DE%20ENFERMERAS%20DE%20LA%20UNIDAD%20DE%20CUIDADOS%20INTENSIVOS%20Y%20SATISFACCI%20C3%93N%20DE%20LOS%20PACIENTES%20CR%20C3%8DTICOS%20ADULTOS%20DE%20HOSPITAL%20REGIONAL%20HUACHO.pdf?sequence=1>
7. Verastegui M. Significado del cuidado de enfermería otorgado por las enfermeras de un servicio de cirugía de un hospital de Chiclayo 2012”. [Tesis para optar el Grado Académico de Doctor en Enfermería] Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012 [citada 12 Nov 2016] disponible en :

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3620/1/Verastegui_Im.pdf

8. Acosta A, Mendoza C, Morales K, Quiñones A. Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado brindado por enfermería en una IPS de tercer nivel. [Tesis para optar el título de enfermero profesional] Cartagena de Indias: Corporación Universitaria Rafael Nuñez; 2013 [citada 05 Mar 2016]. Disponible en:
<http://siacurn.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/617/PERCEPCI%C3%93N%20DEL%20PACIENTE%20HOSPITALIZADO%20%20SOBRE%20EL%20CUIDADO%20HUMANIZADO%20BRINDADO%20POR%20ENFER.pdf?sequence=1>
9. Hospital Universitario del Valle. Colombia [página en internet] Santiago de Cali.Colombia: Fundación para el Desarrollo de la Salud Pública Colombiana; c2010[actualizado Dic 2010; citado 05 Mar 2016]. Disponible en : <http://www.fundacionfundesalud.org/pdf/files/calidad-de-la-atencion-en-salud.pdfM>
10. Correia S, Miranda F. Calidad y satisfacción en el servicio de urgencias hospitalarias: análisis de un hospital de la zona centro de Portugal. Rev ScienceDirect [Revista on-line]. 2010 May [citado 2016 Set 23] ; 16(2). Pag 27-41. Disponible en :
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1135252312601105>
11. Monchon P, Montoya Y. Nivel de calidad del cuidado enfermero desde la percepción del usuario. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería] Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2013 [citada 05 Mar 2016]. Disponible en :
http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/196/1/TL_MonchonPalaciosPaola_MontoyaGarciaYasmin.pdf
12. Rojas M, Valeriano V. Calidad de Atención de la Enfermera y Satisfacción del paciente en el Servicio de Emergencia en el Policlínico María Donrose Sutmoller. Rev Salud Sexualidad y Sociedad [Revista on-line]. 2019 May [citado 2061 Set 23] ; 2(3). Pag 1-4. Disponible en :
<http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20VII%202009/6-%20Calidad%20Enfermera%E7.pdf>

13. Medina M, Esquicha A, Grado de satisfacción de los pacientes asegurados hospitalizados en la Clínica Virgen de las Mercedes, Hospital Militar de Lima. Rev. Enferm Herediana [revista on-line]. 2013 [citado 05 Mar 2016]; 6 (2) : 96-106. Disponible en : <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/viewFile/1798/1809>
14. Nunura T. Percepción del paciente sobre el Cuidado de Enfermería en el Servicio de Medicina del Hospital de la Amistad Perú – Corea II.2- Santa Rosa Piura [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería] Universidad Nacional de Piura. 2013.
15. Rodríguez E. Del cuidado instintivo y tecnocrático al cuidado humano. Revista del CRI II.2003 (1): 61-62
16. Colegio de Enfermeros del Perú. Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero. La Libertad: 2009.
17. Miramira L. Percepción del adulto mayor sobre los cuidados de enfermería en los servicios de medicina en una institución de salud-Minsa [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015 [citada 11 Nov 2016]. Disponible en : http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4336/1/Miramira_bl.pdf
18. Ludke M, Andre E. Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU. 1986.
19. Glat R. Somos iguais a vocês. Depoimentos de mulheres com deficiência mental: Agir- 1989.
20. Bertaux D. L'approche biographique: sa validé methologique, sés potentialités. Cahiers internationaux de sociologie. 1980; (69):197-225.
21. Camargo A. Os usos da história oral e da história de vida. Trabalhando com elites políticas. Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro. 1984; 27(1):5-28.
22. Kolhi M. Biografia: relato, texto, método. In: BERTAUX, D. Biography. A. Society. Beverly Huis, c. USA: Publications. Inc, 1981; 61-75.

23. Minayo M. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
24. Rodriguez G, et al. Metodología de la investigación cualitativa. 2. ed. México Interamericana, 1999; 57-61.
25. Chizzotti A. Pesquisa Em Ciências Humanas E Sociais .4ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.
26. Santos et al. O método de historia de vida na pesquisa em educacao especial. Edicao especial. Rev. Bras. Marilia. Maio-ago, 2004; 1(2): 235-250.
27. Atkinson R. The life story interview. Thousand oaks: Sage University Paper series on qualitative researchs methods, 1988; 44.
28. Poirier J, Clapier-Valladon S, Raybaut P. Historias de vida: teoría y práctica. Trad. Joao Quintela. 2 ed. Portugal: Celta, 1999.
29. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 1988; 70.
30. Hernández R. Metodología de la Investigación. Ed. Mc Graw Hill [Artículo en internet]. 2003 [Citado 7 diciembre 2013]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>
31. Rada D. El rigor en la investigación cualitativa: técnicas de análisis, credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad. [Documento en internet]. [Citado 21 enero 2012]; 11. Disponible en URL: www.redem.org/boletin/files/Dora%20Magaly%20Rada%202.doc
32. Travieso E. La responsabilidad del Profesional de Enfermería en el cumplimiento de la indicación médica verbal, en la Unidad clínica de Emergencia del Hospital Universitario Dr. “Luis Razzetti” de Barcelona, [Revista on-line]. 2009 May [citado 2016 Nov 10] ; Pag 1-28. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos73/responsabilidad-profesional-enfermeria-cumplimiento-indicacion/responsabilidad-profesional-enfermeria-cumplimiento-indicacion2.shtml>
33. Prieto A, Escudero M, Suess A, March J. Percepción de los pacientes sobre la seguridad de la asistencia sanitaria .Revista medicina clínica [Revista on-line]. Madrid. 2008 [citado 2016 Diciembre 09] ; 131 (3). Pag 33-8 33.

Disponible en :

[file:///C:/Users/np270/Downloads/13132770_S300_es%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/np270/Downloads/13132770_S300_es%20(1).pdf)

34. Arreciado M, Estorach M, Ferrer S. La enfermera experta en el cuidado del paciente crítico según Patricia Benner. Revista enfermeriaintensiva [Revista on-line]. Barcelona. 2010 [citado 2016 Diciembre 09] ; 22 (3) : Pag 112-116. Disponible en :

[file:///C:/Users/np270/Downloads/S1130239910001136_S300_es%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/np270/Downloads/S1130239910001136_S300_es%20(2).pdf)

35. Otero Martínez Haydée. Hacia una comunicación efectiva y humanista en ámbitos de salud. Rev haban cienc méd [Internet]. 2008 Mar [citado 2017 Mayo 11] ; 7(1) : Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000100002&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000100002&lng=es)

36. Wesley R. Teorías y Modelos de Enfermería .2º edición . Mexico .2007

ANEXO 01



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

PERCEPCION Y EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES HACIA EL
CUIDADO DE ENFERMERIA EN UCIN-MEDICINA. HOSPITAL DE
APOYO II-2 SULLANA

Fecha **Hora de inicio** **Hora** **final**
.....

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Iniciales o seudónimo del nombre de la persona:

Edad: _____

Sexo : _____

Estado civil: _____

Ocupación: _____

Nivel de estudios: _____

Número de hijos: _____

Tipo de usuario : Nuevo

Continuador

Hable de lo que usted considera importante respecto de su vida y que tenga relación al cuidado de enfermería que recibió en la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Apoyo II-2



ANEXO N° 02

TERMINO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA ENFERMERIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo -----
identificada

(o) con DNI: -----, declaro que acepto participar en la investigación sobre “Percepción y Expectativas de los Pacientes hacia la Calidad del Cuidado de Enfermería en la UCIN- Medicina- Hospital de Apoyo II-2 Sullana”, siendo realizada por la Licenciada en Enfermería Nelly Castillo Figueroa, estudiante de la Maestría Ciencias de la Enfermería la Universidad Católica Los Angeles de Chimbote, asesorada por la Mgter. Sonia Rubio Rubio. La presente investigación tiene por objetivo determinar la percepción que tienen los pacientes hospitalizados sobre el cuidado que brinda la profesional de enfermería.

Después de haber sido informada(o) doy mi consentimiento para realizar el cuestionario, asumiendo que las informaciones dadas serán solamente de conocimiento de las investigadoras y de su asesora, quienes garantizarán el secreto y respeto a mi privacidad.

Sullana,.....dedel 2016

Lic. Nelly Castillo Figueroa
Investigadora

Firma del entrevistado