

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**EL CUIDADO ENFERMERO DESDE LA PERCEPCIÓN
DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO
DE MEDICINA. HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE
BELÉN- LAMBAYEQUE, 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTORA: Bach. Marcia Daniela Martinez Gutierrez

Chiclayo, 01 de febrero de 2018

**EL CUIDADO ENFERMERO DESDE LA PERCEPCIÓN
DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO
DE MEDICINA. HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE
BELÉN- LAMBAYEQUE, 2017**

POR:

Bach. Marcia Daniela Martinez Gutierrez

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo
Toribio de Mogrovejo, para optar el Título de:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:

Dra. Mirian Elena Saavedra Covarrubia
Presidenta de Jurado

Mgtr. Rosa Leticia Moncada Espinoza
Secretaria de Jurado

Mgtr. Asunción Carmen Luz Bazán Sánchez
Vocal/Asesor de Jurado

Chiclayo, 01 de febrero de 2018

ÍNDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL:	
1.1 Antecedentes del problema	14
1.2 Base teórico-conceptual	18
CAPITULO II: MARCO METODOLÓGICO:	
2.1 Tipo de investigación	25
2.2 Abordaje Metodológico	25
2.3 Sujetos de Investigación	28
2.4 Escenario	28
2.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	30
2.6 Procedimiento	31
2.7 Análisis de datos	32
2.8 Criterios Éticos	33
2.9 Criterios de Rigor Científico	34
CAPITULO III: RESULTADOS Y ANÁLISIS	36
Consideraciones Finales	54
Recomendaciones	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXO 1: Consentimiento Informado	63
ANEXO 2: Instrumento de recolección de datos	66

DEDICATORIA

A DIOS TODO PODEROSO, que me protege con su infinita misericordia, por brindarme la fuerza y el valor para cumplir con cada uno de mis ideales.

A mi familia, por su amor, comprensión, apoyo y confianza, la cuales son mi fortaleza, para ser mejor cada día.

AGRADECIMIENTO

A mis Padres, Juan y Marina por ser el pilar de mi formación, gracias por su cariño, comprensión y sacrificio que ha hecho posible la culminación satisfactoria de una etapa más en mi vida.

A mis hermanos, Diana, Eduardo, Carolina, Claudia mi prima, por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida.

Con todo cariño a mis tíos, Angelita, Matilde, José Domingo, que con su apoyo me han acompañado a ser cada día mejor persona y profesional y que siguen ayudándome en todo lo que me propongo.

A mi tía Mariela Castro Limo por su cariño incondicional, comprensión, apoyo y confianza, enfermera excelente, ejemplo que me guiara cada día en mi desempeño profesional.

A mi asesora, Mgrt. Asunción Carmen Luz Bazán Sánchez, quien con su dedicación, apoyo, paciencia y sólidos conocimientos, hizo viable la conclusión exitosa de esta investigación.

RESUMEN

La presente investigación titulada, El Cuidado Enfermero desde la Percepción del Paciente Hospitalizado en el Servicio de Medicina. Hospital Provincial Docente – Belén, Lambayeque. 2017; es cualitativa con enfoque estudio de caso, tuvo como objetivo: Describir, analizar y comprender las percepciones en relación al cuidado enfermero en paciente hospitalizados en el Servicio de Medicina de dicho hospital. El soporte teórico lo constituyeron J. Watson (cuidado enfermero-cuidado humano), Bruce E. (Percepción), y la Norma Técnica N° 110-MINSA/dgiem-v-01; la recolección de la información se realizó mediante una entrevista a profundidad, validada por expertos; la muestra fueron ocho pacientes del servicio de medicina del hospital en mención, la misma que fue delimitada por saturación. La interpretación se realizó con el análisis temático de los discursos, arribándose a las siguientes categorías: Características del Cuidado Enfermero percibido por el Paciente, Habilidades Sociales apreciadas como Obligatorias del Cuidado Enfermero, La familia y su Participación en el Cuidado, Destaca en las consideraciones finales la percepción de características principales en el cuidado enfermero tales como: puntualidad en la administración de medicamentos y ejecución de los procedimientos, solidaridad y responsabilidad, interés por su estado, información oportuna, afectividad, interacción con la familia, y buen trato, así también limitaciones relacionada a la falta de oportunidad, continuidad y uniformidad en el cuidado y trato despersonalizado, El Fortalecimiento del Cuidado a través de la Práctica Ética. Se aplicó en todo momento los criterios de rigor científico de E Castillo, y los principios de la bioética personalista de E. Sgreccia.

PALABRAS CLAVES: Cuidado de Enfermería, Percepción, Paciente, Hospitalización

ABSTRACT

The present investigation entitled, Nursing Care from the Perception of the Hospitalized Patient in the Medicine Service. Provincial Teaching Hospital -Belén, Lambayeque. 2017; is qualitative with a case study approach, aimed to: Describe, analyze and understand the perceptions regarding nursing care in patients hospitalized in the Medicine Service of said hospital. The theoretical support was constituted by J. Watson (nursing care-human care), Bruce E. (Perception), and Technical Standard No. 110-MINSA / dgiem-v-01; the information was collected through an in-depth interview, validated by experts; The sample consisted of eight patients from the medical service, delimited by saturation. The interpretation was made with the thematic analysis of the discourses, arriving at the following categories: Characteristics of the Nursing Care perceived by the Patient, Social Skills Appreciated as Compulsory of Nursing Care, The Family and its Participation in Care, Stands out in the final considerations the perception of main characteristics in nursing care such as: punctuality in the administration of medicines and execution of procedures, solidarity and responsibility, interest in their condition, timely information, affectivity, interaction with the family, and good treatment, as well as limitations related to the lack of opportunity, continuity and uniformity in the care and depersonalized treatment, the Strengthening of the Care through the Ethical Practice. The criteria of scientific rigor of E Castillo, and the principles of the personalist bioethics of E. Sgreccia were applied at all times.

KEY WORDS: Nursing Care, Perception, Patient, Hospitalization

INTRODUCCIÓN

Enfermería como profesión busca fortalecer el conocimiento y ubica al individuo y su entorno como el centro de su actividad, enfocándose en los conceptos de cuidado y salud. La enfermera, al brindar asistencia al paciente, es proveedora de cuidado, y como característica de este, se contempla la calidad en el servicio que se otorga. El trabajo cotidiano del personal de enfermería, demanda continuamente poseer relaciones interpersonales con los pacientes; es en esta relación donde a veces se omite factores importantes al brindar los cuidados, lo que condiciona la percepción que tienen los pacientes sobre el desempeño o de la imagen que el profesional proyecte.

En este sentido, el factor de la percepción es muchas veces olvidado, inclusive, cuando las personas son sometidas a algún procedimiento, ya que el personal de enfermería se preocupa más por realizar correctamente el procedimiento, pero deja de lado la parte humana de los pacientes. Es importante considerar que el cuidado de enfermería debe comprender a los individuos en su totalidad y no reducirse únicamente a la ejecución de procedimientos. Esta atención diferenciada se reflejará en la percepción positiva que tendrá el paciente sobre el equipo de enfermería.¹, o en caso contrario, su percepción no será satisfactoria, lo cual plantea un redimensionamiento del cuidado.

Desde la perspectiva de Enfermería como disciplina, la profesión ha de realizar diversos roles en su quehacer, siendo la base de estas tareas el preocuparse por el otro y, a través del arte de cuidar, ayudar en el alivio del sufrimiento, la rehabilitación y promoción de la salud. Para poder brindar este acto de cuidado, es necesaria una relación mutua de ayuda y colaboración, siendo esta instancia la única donde es posible compartir la esencia del ser humano¹, compartir con el paciente, condiciona la generación de una percepción de cuidado, de imagen de la enfermera y del interés a que da lugar en el paciente a lo largo del todo el proceso de cuidado.

Por ello, la enfermería como profesión, tiene a cargo el cuidado de los pacientes las 24 horas del día, esto le hace compartir emociones y vivencias de las personas y ayudarlas a satisfacer sus necesidades físicas, emocionales, espirituales y sociales. Las personas que acuden al hospital en calidad de pacientes se sienten amenazados o temerosos por el proceso de enfermedad y buscan tener una atención óptima, razón por la que los miembros de salud deben brindar calidad técnica y calidez en la atención; lamentablemente es muy común observar que en muchos casos los profesionales de salud olvidan la parte humana de su profesión dando como resultado el desbalance en la relación profesional de enfermera – paciente, lo cual conlleva a generar un temor y recelo en el paciente a ser atendido.², centrando la eficiencia de su cuidado en el aspecto científico-técnico, posponiendo la calidez del cuidado como parte esencial del cuidado enfermero.

Dentro del ámbito nacional, las instituciones de salud, a raíz de la creciente demanda de pacientes y la poca respuesta a esta demanda, aunado al conocimiento que tiene el paciente en cuanto a su derecho a recibir atención de salud de calidad, hacen que la exigencia en cuanto a los servicios que prestan se incremente cada vez más, esto constituye un reto para las autoridades gestoras de las instituciones de salud, y de manera particular para la enfermera, profesional que por su mayor permanencia con el paciente, hace que conozca sus necesidades y reciba directamente sus quejas, las cuales muchas veces no las puede solucionar, generando un mayor reto a nivel profesional y personal, porque le permite conocerse como persona, así mismo le ayuda a redescubrir el sentido de su profesión, apelando a su creatividad: estas situaciones muchas veces son mal interpretadas por el paciente, e influyen en su percepción sobre el quehacer de las enfermeras.

A nivel local, la situación sigue siendo la misma. En los diferentes hospitales de nuestra zona, la enfermería sigue siendo la pieza clave para el mantenimiento de la salud del paciente y su familia, a través de su trabajo continuo y permanente, en favor de la salud del paciente; esta situación es percibida por los pacientes del servicio de Medicina del Hospital Provincial Belén de Lambayeque (HPDBL), de una manera dicotómica, calificando de manera positiva o no, el cuidado.

El servicio en mención, tiene una capacidad de 14 camas, se hospitalizan los pacientes sobre todo con enfermedades crónico degenerativas, infecciosas y crónicas no transmisibles, como: Diabetes Mellitus descompensada, Hipertensión Arterial, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Neumonía entre otras., la edad de estos pacientes tiene es en promedio, 50 años, con dependencia preponderante correspondiente grado II, son de condición socio-económica mayoritariamente pobres, su procedencia es urbano marginal, mayormente rural, su fuente de ingreso generalmente es la agricultura y en el caso de mujeres: amas de casa.

Como todo hospital del Ministerio de Salud (MINSA), el servicio de Medicina tiene limitaciones en la infraestructura, es antigua y se encuentra en la última fase de su remodelación, el personal lo constituyen 6 enfermeras y 5 técnicos de enfermería, las enfermeras, dos de ellas tienen grado de Maestría, y 3 son especialistas, los técnicos de enfermería no tienen estudios acreditados de capacitación; los pacientes se atienden por el sistema Seguro integral de salud (SIS), que no cubre al cien por ciento las necesidades terapéuticas del paciente, debiendo estos comprarlos, y no siempre de manera oportuna, ya que aducen “para eso el gobierno me ha dado seguro no tengo por qué comprar”, o “voy a comprar pero lo ponen en mi delante, ... la propia enfermera”, ocurre ello también con los insumos, como jeringas, catéteres venosos periféricos, agujas, cámaras graduadas, mascarilla para nebulizar, y otros.

Esta situación genera una percepción que desapruueba el trabajo de la enfermera por parte de los pacientes y sus familiares, quienes manifiestan “solo la enfermera pide, parece que nada dan en este hospital”, e incluso los induce a ciertas determinaciones como: “de tanto que me piden, ya mejor me lo llevare a mi paciente”; la atención de salud, en general, se percibe como una dádiva en la que el derecho a la salud esta postergada, en esa percepción también se incluye al cuidado enfermero, toda vez, que el retraso en el tratamiento es percibida como una “responsabilidad” que se incumple, “no le pone los medicamentos a la hora y hasta que yo traiga, ya que efecto le va hacer” . Estas no son situaciones del paciente que ingresa en calidad de particular, ya que ellos saben que deben comprar todos sus insumos; sin embargo, también esa

condición hace que ellos tengan una percepción discriminativa del cuidado, exigiendo prioridad, porque por eso “pagan”, por tanto, suponen que la enfermera los debe atender primero.

En relación al acercamiento al paciente, muchas veces, la sobre carga laboral, les impide una interacción más cercana con el paciente y la familia, lo cual es percibido por ellos como “ella no es buena, nada nos informa” o “su disculpa es que está muy ocupada y no le podemos preguntar nada”, “trabaja de mala gana, nunca sonrío”, no queriendo disculpar algunas actitudes incompatibles con el cuidado humano, se ha generado un acercamiento más a la tecnología que al contacto, y los pacientes lo perciben así, “ desde que me han puesto este aparato para ver si falla mi corazón, la enfermera ya no se acerca, ...solo mira de lejos”, esta percepción pone en cuestionamiento la parte humana, desdibujando la verdadera esencia de la profesión : el cuidado, para ser más explicitas el cuidado humano.

Sin embargo, también hay percepciones, expresadas así: “las enfermeras, solucionan todo, el medico se va,...”, o, “ellas se ven obligadas a pedir para cumplir el tratamiento, por ellas se mejoran los pacientes...” lo cual facilita la aceptación y colaboración, porque reconocen el trabajo de la enfermera y los esfuerzos por que el cuidado llegue al paciente de manera oportuna, labor que hace acudiendo a su creatividad, la coordinación con otras colegas y otros profesionales, y a veces teniendo como aliados a los familiares de los pacientes, sobre todo de los más ancianos, en relación a ello manifiestan: ” la enfermera parece mago, de donde sea obtiene las cosas para atender a mi paciente”, “la señorita, siempre nos ayuda, ... cuando ya no tenemos plata, dice voy a ver en mis guardaditos”, “ ella trabaja y trabaja aunque no tenga con que , estoy muy agradecido”.

En tanto, que los profesionales de salud, tienen como misión proporcionar cuidados de salud a la población; el profesional de enfermería está obligado a proporcionar cuidados fundados en una sólida base de conocimientos y habilidades, mediante la aplicación de juicios y razonamientos acertados en un sistema de valores claros y convenientes demostrando responsabilidad en el quehacer de sus funciones ya

que el paciente tiene derecho a recibir el mejor cuidado.⁸ este derecho, debe ser percibido como tal, por el paciente y su familia, ya que es el indicador de que se está satisfaciendo sus necesidades, a pesar de las limitaciones propias del sistema nacional de salud.

La problemática descrita, ha generado en la investigadora, quien ha compartido el cuidado con el staff de enfermeras del servicio de Medicina, en su rol como estudiante de pre grado e interna de enfermería, las siguientes interrogantes: ¿Cómo percibe el paciente el cuidado que recibe?, ¿Por qué todos los pacientes no tienen la misma percepción del cuidado que reciben?, ¿Cómo percibe el paciente el manejo de las limitaciones que tiene la enfermera para brindarle cuidados? ¿Qué fortalezas reconoce el paciente en el cuidado que recibe? ¿Cuáles son las debilidades más frecuentes juzgadas por el paciente en relación al cuidado que recibe?, ¿consideran que el cuidado que reciben es satisfactorio?, preguntas previas que se pretende responder a través de la siguiente pregunta de investigación. ¿Cómo es el cuidado enfermero desde la percepción de paciente hospitalizado en el Servicio de Medicina del HPDBL - 2017?

Este trabajo de investigación se justificó, porque conocer la percepción del cuidado por parte de la persona cuidada, es un tema de mucho interés para la investigadora, (futura enfermera), la institución, el paciente y la profesión, por ser una problemática que aun, no ha creado conciencia en los trabajadores de salud, lo cual incluye a la enfermera, no solo a nivel de todos los trabajadores de la región Lambayeque, sino a nivel nacional, y hasta a nivel mundial; en el caso de los pacientes del HPDBL, se hace más notoria, dado el incremento de usuarios que acuden al servicio de medicina, cuyas quejas verbales sobre el cuidado, son continuas, y algunas veces infundadas, lo que ha ocasionado verdadera preocupación en la investigadora.

La investigación permitió detectar las debilidades y puntos críticos percibidos por el paciente durante la atención, conocer estas apreciaciones, y evaluarlas en su verdadera dimensión permitirán proponer alternativas viables que brinden mejoras de calidad y humanización del cuidado en el Servicio de Medicina,

para ser transpuesto a nivel de todo el hospital, en beneficio del paciente, sujeto y razón del cuidado, cuya percepción, debe influir en el interés de su recuperación fortalecido en el cuidado enfermero, el cual no debe perder su esencia científica, ética y principalmente humana.

Además, los resultados serán difundidos, creando un espacio de reflexión en las enfermeras de todo lugar, que al saber cómo perciben los pacientes el cuidado que se les otorga, fortalecerán lo positivo, y reestructuraran las cualidades de sus cuidados, para lograr que este sea integral, y holístico; brindado en todo momento con calidad y calidez, la misma que debe generar una recuperación a corto plazo de las dolencias del paciente, expresadas en confort y expresión de una percepción positiva y aceptable por parte de los pacientes en relación a los cuidados brindados.

Con su publicación, además, se pretende incentivar a los directivos de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de manera particular a los del HPDBL, a una gestión efectiva que admita la satisfacción de las exigencias de los pacientes en todos los niveles de atención, garantizando el bienestar pleno de los usuarios; y por otro lado, el desarrollo de la profesión de enfermería, elevando el prestigio de la organización, y de la profesión mediante la complacencia percibida en resultados y expresiones positivas, acerca del cuidado enfermero y la atención de salud que recibe.

CAPITULO I: MARCO TEORICO - CONCEPTUAL

1.1 ANTECEDENTES

Realizando una búsqueda minuciosa de trabajos relacionados al objeto de investigación, se encontraron estudios importantes que se describen a continuación.

A nivel internacional se reportó la siguiente investigación:

Lenis V, Manrique F.³ Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados. Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal; tuvo como objetivos: Determinar la calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados en una Clínica privada de Barranquilla, Colombia.2015. La muestra la constituyeron 147 pacientes, Conclusiones: Los pacientes tienen una percepción positiva sobre el cuidado de enfermería recibido en la institución, con una puntuación de 93,22 para la dimensión de experiencia con el cuidado y de 78,12 en la dimensión de satisfacción, lo cual indica que la calidad del cuidado de enfermería percibido por los pacientes en la institución es buena. Los resultados son coherentes con lo hallado en estudios similares a nivel nacional e internacional.

Silva J, Córdova R, Vergaray S, Palacios V, Partezani R.⁴ Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público. Argentina 2015. Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, cuya muestra fueron 50 pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, atendidos en un servicio de medicina. Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario de perfil social y el cuestionario de percepción del paciente de la atención de enfermería. El objetivo fue: Determinar y asociar la percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería con las variables sociodemográficas y estancia hospitalaria en el servicio de medicina de un hospital público. Resultados: La atención de enfermería fue categorizada como medianamente favorable. Los componentes Técnico e Interpersonal fueron categorizados como medianamente favorables y el componente Confort desfavorable. Se observó que la mujer percibe mejor la atención de enfermería. Se llegó a la siguiente conclusión: Los resultados apuntaron la necesidad

de un proceso reflexivo por parte del personal de enfermería para mejorar la atención, la percepción del paciente y brindar un cuidado de calidad.

En el Perú a nivel Nacional:

Alfaro E, Beraun M.⁵ Percepción de los pacientes sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera en los servicios de Medicina Interna del Hospital Nacional Dos de Mayo, Cercado de Lima -2015. El estudio fue descriptivo, no experimental de corte transversal. Tuvo como objetivos: Determinar la percepción de los pacientes sobre el cuidado humanizado en los servicios de Medicina Interna del Hospital Nacional Dos de Mayo, Cercado de Lima. La muestra la constituyeron 93 pacientes, que cumplieron los criterios de inclusión. Resultados: En cuanto al Cuidado Humanizado global se percibió siempre un 55% (n=51), casi siempre un 7% (n=7), algunas veces un 20% (n=18) y nunca un 18% (n=17). Conclusiones, los pacientes siempre percibieron un cuidado humano por parte de enfermería.

Puelles Y.⁶ Percepción del Paciente con Tuberculosis sobre la Calidad de Atención que brinda el Profesional de Enfermería de la Estrategia Sanitaria Nacional De Prevención Y Control De Tuberculosis de los Centros De Salud de la Micro Red I Lima Ciudad – 2016; es una investigación con enfoque cuantitativo, descriptivo, de corte transversal y prospectivo. Tuvo como objetivo: Determinar la percepción del paciente con tuberculosis sobre la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis de los Centros de Salud de la Micro Red I Lima Ciudad. La muestra fueron 173 pacientes y el muestreo fue estratificado. La técnica fue la entrevista, y el instrumento un cuestionario tipo Likert, elaborado por Verónica Pajuelo (Perú-2013 Resultados más importantes: El 51% (89) de los pacientes con TBC tienen una percepción sobre la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería de medianamente favorable; el 29% (50) una percepción favorable y el 20% (34) una percepción desfavorable. En la dimensión interpersonal, el 82% (141) presentan una percepción medianamente favorable referido a que “raras veces” la enfermera la saluda cordialmente y con respeto cuando llega a la consulta; así también establece una

relación de confianza con el paciente y el 18% (32) una percepción desfavorable. Conclusión: Existe un mayor porcentaje de pacientes con tuberculosis que presentan una percepción medianamente favorable sobre la calidad de atención.

A Nivel local se cita las siguientes investigaciones:

Benites J, Gonzales S, Torres Z.⁷ Percepción de las pacientes sobre el cuidado enfermero en el servicio medicina mujeres de un Hospital de Chiclayo. 2015. tipo cualitativa y de diseño estudio de caso. Teniendo como objetivo Analizar y describir la percepción de las pacientes sobre el cuidado enfermero en el servicio medicina mujeres del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2015. La muestra lo constituyeron 10 pacientes delimitándose por criterios de saturación y redundancia. Resultados: se obtuvieron 3 categorías: Caracterizando positivamente al profesional de enfermería, Enfermería ofrece un cuidado sensible y da palabra de fe y esperanza; y Anhelando un cuidado humano. Conclusiones: a pesar de haber percibido cualidades muy importantes y trascendentales para el cuidado, las pacientes hacen notar que estas no son generalizables pues algunas enfermeras no cuentan aún con estas cualidades, por lo que dan a conocer su anhelo por un cuidado más humanizado.

Bardales E, Calderón L.⁸ Cuidado de enfermería según la percepción del paciente hospitalizado con VIH/SIDA Chiclayo-2016. Cualitativo con abordaje estudio de caso, tuvo como objetivos: analizar, comprender y describir la percepción del paciente sobre el cuidado enfermero. La muestra fueron siete pacientes, delimitados por saturación. Se obtuvo como resultados las siguientes categorías: Discernimiento del paciente portador de VIH/SIDA frente al cuidado que la enfermera (o) le brinda; sub categorías: Percibiendo negativas de los enfermeros frente al cuidado brindado, Repercusión de la bioseguridad de la enfermera en el cuidado del paciente con VIH-SIDA, y Sentimientos de rechazo por parte del paciente con VIH/SIDA frente a la separación o aislamiento. Categoría: Cualidades de la enfermera (o) frente al cuidado que brinda al paciente con VIH/SIDA; sub categorías: Aceptación de la enfermera por parte del paciente con VIH/SIDA y Educación y socialización al

paciente portador del VIH/SIDA. Conclusiones: Los pacientes con VIH/SIDA durante su hospitalización, perciben el cuidado de enfermería muy negativo.

2.2. Base teórico- conceptual

El marco teórico de la presente investigación ha generado una revisión de varios autores para cada variable implicada en la investigación; así Percepción, esta principalmente sustentado en Bruce E.⁹ Quien refiere que la percepción es una experiencia sensorial consciente por lo que somos capaces de entender de qué está formado ese todo y aislar aquello que nos interesa más en cada momento. La percepción es la capacidad de captar y conocer elementos de nuestro entorno, por medio de los sentidos. Es además una subestructura del conocimiento al igual que la memoria y la censo motricidad.

Gracias a la percepción, agrega el autor, nos conectamos con la realidad, y nos relacionamos con ella y todos los individuos que la componen; es también la imagen mental que se forma con ayuda de la experiencia y necesidades, resultado de un proceso de selección, organización e interpretación de sensaciones. Selección: el individuo percibe parte de los estímulos que recibe de acuerdo con sus características personales, interviene, aunque sea de forma inconsciente seleccionando los mensajes que llegan. Finalmente, tenemos a los elementos emocionales, aquí es posible que muchas de las percepciones nos dejen indiferentes, pero la mayoría de ellos van íntimamente ligadas a procesos emocionales, dando lugar a sentimientos o emociones agradables o desagradables.

La investigadora ha creído necesario razonar sobre los aspectos de la inconciencia y conciencia de las percepciones, y rescata las opiniones de Vargas¹⁰, quien comenta que uno de los aspectos que ha sido privilegiado en los estudios tanto psicológicos como filosóficos sobre percepción es la elaboración de juicios, que se plantea, como una de las características básicas de la percepción. La formulación de juicios ha sido tratada dentro del ámbito de los procesos intelectuales conscientes, en un modelo lineal en donde el individuo es estimulado, tiene sensaciones y las intelectualiza formulando juicios u opiniones sobre ellas, circunscribiendo a la percepción en el ámbito de la mente consciente. Por tanto, la percepción es concebida como la formulación de juicios sobre la realidad; tales juicios han sido entendidos como calificativos universales de las cosas. En esas aproximaciones no se toma en

cuenta el contexto ni se considera el punto de referencia desde el cual se elabora el juicio; así, se reflexiona sobre las cualidades de los objetos sin tomar en consideración las circunstancias en las que tales cualidades se circunscriben.

En el presente estudio, la investigadora considera que la percepción del paciente del servicio de medicina del HPDBL, es una experiencia sensorial consciente que le permite entender cómo se brinda los cuidados que el recibe, formulando juicios u opiniones sobre ellas, situando a la percepción en el ámbito de la mente consciente, que lo induce a una reflexión sobre las cualidades del cuidado, sin tener en cuenta aquello que rodea la ejecución del mismo, por tanto emitirá un juicio, basado en la imagen de lo que está viendo, recibiendo o sintiendo, en base a la experiencia de lo percibido, a sus deseos, y también a sus costumbres y que emergen como una opinión favorable o desfavorable en relación al cuidado enfermero.

Lo expuesto, es la base de la investigación, y que la autora buscará conocer producto de las manifestaciones de los pacientes, activadas por el cuidado que recibe, las mismas, que al ser detectadas se puedan analizar y comprender, logrando con ello influenciar en su mejoramiento, para ser donantes de cuidado enfermero científico-técnico y principalmente humano. Paralelo a ello, queda establecido, que la percepción del paciente acerca del cuidado enfermero se expresa en algún grado o nivel de calidad.

En relación al cuidado, Watson, citada en Waldow¹¹ lo define como: un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en la que involucran los valores, conocimientos, voluntad y compromisos en la acción de cuidar. El cuidar es un valor fundamental en la enfermería y la relación ideal de cuidar enfermera – paciente es un encuentro total. Los pacientes requieren unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado de los enfermeros es un fenómeno social universal que solo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal. Esto evidencia que la sensibilización de los profesionales, hacia los aspectos más humanos, es indispensable en el cuidado, toda vez que la salud tiene que ver con la unidad holística y armoniosa del cuerpo, psiquis y espíritu.

Agrega la teórica, que el ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como inter subjetivo, responde a procesos de salud – enfermedad, interacción persona-medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, auto-conocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado.¹¹

Así, el cuidado en enfermería se evidencia desde el primer contacto con la persona, que necesita de la ayuda del profesional de enfermería, quien debe tener las habilidades y destrezas para reaccionar adecuadamente frente a las dificultades que se presenten, desarrollando un conjunto de acciones, actitudes y comportamientos basados en el conocimiento científico, experiencias y pensamiento crítico con el objetivo de promover, mantener y recuperar la salud de las personas a su cuidado.¹²

Para ello su teoría, del Cuidado Humano, se basa en algunos conceptos, en los que merece resaltar, para esta investigación el Momento de Cuidado: es una ocasión en la que la enfermera y otra persona se conectan para el cuidado humano con un punto de contacto en un tiempo y espacio determinado. Tiene la habilidad de expandir la capacidad humana; a pesar de las limitaciones que pueda encontrar en el camino.¹¹

Para la investigadora el cuidado en enfermería esta siempre dirigido a la protección de la vida humana, ya que el ser y hacer de la enfermera, es velar por la salud y el bienestar de las personas que se encuentran hospitalizadas por un problema de salud, como parte de la defensa irrestricta de la vida; por lo tanto, deben crecer como personas, y profesionales, para dar ese cuidado humano, que también evidencie su ser, y que vaya más allá de administrar el tratamiento, brindar confort, higiene, entre otros. Siendo así el cuidado, percibido por el paciente debe llevarlo a alcanzar la máxima satisfacción; que en su juicio se elabore, en relación a lo que recibe, como lo recibe, en que momento lo recibe y principalmente, quien se lo da; de tal manera que

este momento genere confianza y presencia del personal de enfermería con el que esta interactuando.

Para ello, como menciona Watson¹² hay que garantizar la: Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual: para lo cual las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables; que se añaden como indispensables en la percepción positiva del cuidado recibido y expresado por el paciente.

Los cuidados de enfermería, percibidos por el paciente, motivo de esta investigación, se proveen en un contexto denominado HPDBL, en el Servicio de Medicina, definida según la Norma Técnica de Salud Para Infraestructura y Equipamiento de Establecimientos de Salud II-1 y II E.¹³ como un área que tiene por función principal la atención integral del paciente por medio de procedimientos que requieran reposo en cama, vigilancia médica, atención de enfermería y apoyo de métodos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, otorga prestaciones de salud las 24 horas del día, definición concordante con el servicio en el que se desarrolla esta investigación.

Agrega la Norma, que en su conjunto, el Servicio de Medicina, es el lugar físico, donde se desarrolla un cierto número de actividades comunes, desarrolladas por los trabajadores de la salud, considerada como una Unidad Productora de Servicios de Salud (UPSS) de atención directa o de atención de soporte, el ambiente referencial cumple el objetivo principal de la UPSS que la integra, en el residen los pacientes internados durante el período de recuperación y tratamiento; unidad básica funcional del Establecimiento de salud, constituida por el conjunto de recursos humanos y tecnológicos en salud, (infraestructura, equipamiento, medicamentos, procedimientos clínicos, entre otros) y organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir

determinados servicios,(medicina), en relación directa con su nivel de complejidad (II-1).

Además mantiene relaciones de coordinación con el Consultorio Externo, ambiente donde se evalúa, diagnostica y prescribe a pacientes ambulatorios que no requieren la atención de especialistas médicos, pero si el apoyo de métodos auxiliares de diagnóstico como Laboratorio y Radiodiagnóstico, así como con la Oficina de Referencia y Contra referencia, ambiente administrativo asistencial donde el personal de un establecimiento de salud transfiere la responsabilidad de la atención de las necesidades de un usuario a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive (Referencia) o devuelve o envía la responsabilidad del cuidado de salud de un usuario o el resultado de la prueba diagnóstica del establecimiento de salud de origen de la referencia o del ámbito de donde procede el paciente porque cuenta con la capacidad de manejar o monitorizar el problema de salud integralmente (Contra referencia).

Básicamente su infraestructura debe estar constituida por: Jefatura de Hospitalización, Sala de Trabajo, Estación de Enfermería, cuarto de aislamiento (Destinado para la atención de pacientes portadores de enfermedades infectocontagiosas o que por particular estado requieran ser aislado de los demás), Tópico de enfermería, Trabajo de Enfermeras (limpio y sucio), cuarto séptico (manejo de ropa y utensilios de pac. Infectados) y cuarto de limpieza, repostero, estar de visita y pacientes, servicios higiénicos para hombres, mujeres, para el personal y los visitantes.¹³

En la investigación el Servicio de Medicina, es una UPSS, que presta atención a pacientes con diagnósticos más frecuentes relacionados a enfermedades degenerativas, y crónicas no trasmisibles, como Diabetes Mellitus descompensada, Hipertensión Arterial, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), algunas veces infectado; con menos frecuencia pacientes con enfermedades infectocontagiosas como Neumonía y TBC, atendidos como derecho habientes del Seguro Integral de salud (SIS), y en algunos casos en condición de particulares; para lo cual se dispone

de ambientes de aislamiento; en el caso de los pacientes adultos mayores, se permite el acompañamiento de un familiar, que colabora en el cuidado del paciente.

El Servicio de Medicina del HPDBL cuenta para el cuidado, con un estaf de 6 enfermeras, 5 técnicos de enfermería, y 8 médicos; ello facilita la atención de estos pacientes, sin embargo la infraestructura, a pesar de reciente remodelación, no cumple la norma técnica, resaltando la amplitud de las habitaciones, que siendo pequeñas albergan a 5 pacientes. En relación al paciente hospitalizado, es todo usuario admitido formalmente a un hospital con una orden del médico, que tiene derechos y deberes que lo respaldan, el estándar de promedio de estancia es de 4.5 a 5.5 días de hospitalización.¹³ Demandando cuidados por el personal de enfermería.

La decisión para la admisión de hospitalización es una decisión médica compleja basada en el juicio de su médico y su necesidad médica de atención hospitalaria. Una hospitalización es generalmente apropiada cuando se estima que necesitará 2 o más noches de atención hospitalaria pero su médico debe ordenar dicha admisión y el hospital debe formalmente admitirlo para que se convierta en un paciente hospitalizado. La decisión para la admisión de hospitalización es una decisión médica compleja, basada en el juicio de su médico y su necesidad médica de atención hospitalaria. El día antes de que sea dado de alta es su último día de hospitalización.¹⁴

En la investigación paciente hospitalizado, es el usuario que se admite en el Servicio de Medicina, por indicación médica, procedente de Consulta Externa, Emergencia, referidos externos, de transferencia interna, que requieren cuidados de enfermería, terapia médica, procedimientos diagnósticos y de tratamiento, observación de la remisión o exacerbación de sus síntomas, para la toma de decisiones terapéuticas y de cuidado; llegando inclusive a la referencia a un hospital de mayor complejidad, como parte del Sistema de Salud - Lambayeque, o el alta, con los síntomas, aliviados, curados o mejorados, para su continuidad del cuidado en su domicilio. Se enfatiza que el paciente al ser hospitalizado vive un acontecimiento atemorizante tanto para el que padece de alguna enfermedad como para su familia. El paciente hospitalizado demanda

que la enfermera le brinde un cuidado holístico y humanizado para satisfacer sus necesidades vitales, ya sean de manera temporal o definitiva.

CAPITULO II: MARCO METODOLÓGICO

2.1 Tipo de investigación

La investigación se desarrolló desde el enfoque cualitativo, que según Hernández¹⁵ consiste en la recolección de datos y análisis sistemático de materiales narrativos, que encierran un alto contenido subjetivo. La presente investigación captó las percepciones del paciente hospitalizado, acerca del cuidado enfermero en el servicio de medicina del HPDBL, mediante la entrevista, que permitió identificar las fortalezas y debilidades identificadas en el cuidado percibido, permitiendo la evaluación del mismo, lo que admitió establecer estrategias para fortalecer o reorientar el cuidado, de tal manera que sea percibido como científico, humano y de calidad.

2.2 Abordaje Metodológico

La metodología que abordó la presente investigación fue estudio de caso, que es definido como “un examen completo o intenso de una faceta, una cuestión o quizás los acontecimientos que tienen lugar en un marco geográfico a lo largo del tiempo”, de un grupo, (pacientes hospitalizados en el servicio de medicina), una institución (HPDBL) u otra unidad social individuales. Analiza, comprende variables para la historia, desarrollo o asistencia para los problemas del o de los sujetos, (cuidado enfermero), es característicamente las dinámicas del por qué, qué es lo que piensa, cómo se desarrolla, (percepciones del paciente acerca del cuidado enfermero), donde se centra para entender el fenómeno específico, contexto, vida real obtenidas por múltiples fuentes de información, (entrevista semi-estructurada, cuaderno anecdótico, antecedentes de investigación y marco teórico conceptual).¹⁶, estableciendo una indagación a fondo, de cómo percibe el paciente del Servicio de Medicina del HPDBL, el cuidado enfermero, accediendo a respuestas lo más propias, a lo que la investigadora desea conocer, mediante la aplicación de la entrevista semi estructurada aplicada a fondo,

Para el desarrollo de la presente investigación se tuvo en cuenta las fases propuestas por Polit¹⁶, a saber:

Fase exploratoria: En la presente investigación, se inició con la elección del tema de acuerdo a la observación hecha por la investigadora, después se determinó como sujeto de estudio al paciente hospitalizado en el servicio de Medicina del HPDBL, se vio la viabilidad de su ejecución en relación al promedio de pacientes hospitalizados, se indago lo concerniente a los antecedentes de la investigación propuesta y el marco teórico disponible para el análisis.

La segunda fase es la delimitación de estudio: En él se establecieron criterio de inclusión y exclusión; para la recolección de datos, se tuvo en cuenta, para delimitar el número de participantes, la técnica de saturación de datos¹⁷ que aplicó la investigadora cuando se consideró que el material cualitativo ya no aportaba datos nuevos. En ese instante, dejó de recoger información.

Finalmente, se tiene el análisis sistemático y la elaboración del informe, aquí se unirá la información, analizará y se tomará lo disponible de los informantes¹⁶. En esta fase se procedió a la transcripción de los relatos recolectados tal cual fueron vertidos, cada entrevista fue releída hasta su comprensión más profunda, lo que permitió identificar las unidades de análisis, que por agrupación semántica sirvieron para construir las categorías y sub categorías, las mismas que se examinaron posteriormente con el análisis temático, a la luz del marco teórico pertinente, los hallazgos de otras investigaciones, y la experiencia de la investigadora.

De igual manera se tuvo en cuenta los principios planteados para los estudios de caso, según Ludke Menga y Marli André.¹⁸, que a continuación se describen:

Los estudios de caso se dirigen al descubrimiento: Para el logro de este principio la investigadora estuvo atenta a nuevos elementos considerados importantes en el transcurso de la recopilación de la información, que tengan relación con el objeto de investigación, debido a ello se agregaron repreguntas, que llevo a una profundización del tema en cuestión.

Los estudios de caso “buscan retratar la realidad de forma completa y profunda”: Este principio se aplicó al trabajo de investigación, en tanto se describió con acuciosidad el contexto, y se profundizó las entrevistas para lograr la máxima información del paciente, apelando a su condición de alta y máxima confidencialidad, logrando comprender las diferentes manifestaciones de los participantes, sean estas coincidencias y/o contradicciones.

Los estudios de caso “revelan experiencia secundaria pero importantes que permiten generalizaciones naturales”: En el estudio se recolectó los relatos de las entrevistas de todas las percepciones acerca del cuidado enfermero en los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina, desde el principio de que cada persona es única, por lo tanto, la diferencia de sus percepciones de una y otra se estima estuvo influenciada por lo experimentado de manera personal, por tanto, fueron admitidas en toda su dimensión.

Los informes de los estudios de casos utilizan, un lenguaje más asequible que otros informes de investigación: El informe final de esta investigación se realizó con un lenguaje sencillo y claro para la comprensión del lector y de acuerdo a las normas establecidas por la dirección de investigación de la USAT. Luego de la presentación y análisis de resultados, se procedió a elaborar las consideraciones finales, que serán el verdadero aporte de esta investigación, a su vez, se sugirió alguna propuesta para cumplir el objetivo de mejorar la percepción del paciente hospitalizado en el servicio de medicina, sobre el cuidado enfermero, que debe ser científico, técnico y esencialmente humano.

La redacción del informe final, se realizó siguiendo el esquema de investigaciones cualitativas de la institución para cual se desarrolla la investigación, en este caso la USAT – Escuela de Enfermería.

2.3 Sujeto de investigación

Los sujetos de estudio entrevistados fueron personas hospitalizadas en el servicio de Medicina del Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque. Los datos recogidos en la guía de entrevista consideraron los siguientes datos: en relación a la edad el 70% fueron de 50 años y 30% en promedio tuvieron 40 años. 80% fueron mujeres y 20% varones, el nivel de instrucción fue de 40% secundaria y 60 primaria completa, en relación a la procedencia 85% fue rural y 15% urbana, en cuanto a la su actividad económica 80% fueron amas de casa y 20 obreros, el 85% de pacientes tuvieron un promedio de 10 días de hospitalización y 15% de 7 días. Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta son: Pacientes hospitalizados, adultos, hombres y mujeres, que estén en condición de alta (que tenga aviso 24 horas previas al alta), con más de tres días de hospitalización, sin alteraciones de la conciencia, que no tengan dificultad para hablar y deseen participar voluntariamente en la investigación.

2.4 Escenario

El Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque, pertenece al Ministerio de Salud (MINSA); es el hospital más antiguo, existente desde el 2 de mayo de 1926. Actualmente tiene la categoría Hospital II-1, es un establecimiento de referencia para la provincia de Lambayeque y algunas provincias de la Macro Región Norte. El hospital atiende a las personas adscritas al Seguro Integral de salud (SIS) y no adscritas en algún tipo de seguro social (Es salud y otros) de la provincia de Lambayeque; es una unidad ejecutora, es autónoma, y cuenta con un presupuesto descentralizado. Brinda a la población servicios de hospitalización conformada por Servicio Cirugía, Medicina, Ginecología, Pediatría, Neonatología, Obstétrica, Centro Quirúrgico, y Emergencia; y como servicios de ayuda al diagnóstico y tratamiento, Rayos X, Laboratorio Clínico, Farmacia, Programas Preventivo Promocionales (Adulto mayor. Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, TBC, Crecimiento y Desarrollo, Vacunas, Servicio Social), entre otros.

Orgánicamente depende del Departamento de Medicina, y cuenta con un médico Jefe de Servicio; presupuestalmente, pertenece a una UPSS, por tanto, depende del presupuesto de su institución, la misma que es asignada por el Gobierno Regional; desde el punto de vista de enfermería, tiene una dirección funcional por medio de la

Enfermera Coordinadora quien da cuenta a la Jefe de Departamento de Enfermería, quien de acuerdo a ley depende del Director del establecimiento (máxima autoridad de la institución) .

Su infraestructura, es recientemente remodelada; su infraestructura anterior, data del año 1926, está distribuida en sala varones (5 camas), sala mujeres (5 camas) pacientes críticos (2) e Infectados (2) siendo un total de 14 camas. Además, cuenta con un tóxico (con medicamentos en stock para emergencia, medicamentos distribuidos por número de cama y nombres del paciente, caja de bioseguridad, coche de paro); el estar de enfermería, donde la enfermera realiza actividades administrativas (actualización de Kardex, Evolución de enfermería, revisar HC. etc.), no tiene una ubicación estratégica para la visualización de todos los ambientes del servicio; todo el servicio es de material de fácil limpieza (mayólica). Tiene una capacidad de 14 camas, con 5 días promedio de hospitalización, una % ocupacional en promedio de 87.1%, ocasionalmente al 100%, y un intervalo de sustitución de 1.0.

Los diagnósticos clínicos, más frecuentes, están relacionados a enfermedades degenerativas, y crónicas no transmisibles, como Diabetes Mellitus descompensada, Hipertensión Arterial, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), algunas veces infectado, con menos frecuencia, pacientes con enfermedades infectocontagiosas como Neumonía y TBC, para lo cual se dispone de ambientes de aislamiento; para los pacientes adultos mayores, se permite el acompañamiento de un familiar, que colabora en el cuidado del paciente (sobre todo vigilancia) ya que no todas las camas tienen barandas de seguridad.

Para la asistencia de los pacientes, tiene asignado, un total de 8 médicos (uno jefe de servicio), 06 enfermeras (una Coordinadora funcional), dos de ellas tienen grado de Maestría, y 3 son especialistas, y 5 técnicos de enfermería, hay permanentemente capacitación, para todo el personal, en los programas de educación continua generalmente organizado por el Departamento de Enfermería. Brindan cuidados a un promedio de 12 pacientes, cuya clasificación de acuerdo al grado de dependencia y prioridad según la gravedad o limitación del paciente, es de Grado de

Dependencia II, y en algunas oportunidades de Grado III; en relación al usuario que acude a este servicio provienen de zona rural- urbana, son derechohabientes del SIS y algunos particulares, el promedio de edad es 50 años, mayoritariamente mujeres.

Los horarios de trabajo están organizados de acuerdo a ley, así cada Enfermera labora 150 horas mensuales, distribuidas en turnos de 12 horas de guardia diurna (mañana y tarde), turnos diurnos de 6 horas y guardia nocturna de 12 horas; los técnicos de enfermería tienen el mismo rol mensual de 150 horas, con iguales características.

2.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

En el presente estudio se utilizó como instrumentos de recolección de datos la entrevista semi estructurada a profundidad, Hernández¹⁵, explica que la entrevista semi-estructurada a profundidad es la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto, es más flexible, la investigadora tuvo libertad en el interrogatorio permitiendo la flexibilidad necesaria en cada caso particular, con el fin de profundizar y comprender las percepciones de los pacientes atendidos en el servicio de medicina del HPDBL, sobre el cuidado enfermero que recibieron.

En la entrevista semi-estructurada, el entrevistador dispuso de un guion o guía.¹⁹, que permitió que se desarrolle de manera clara, precisa y ordenada; bajo un comportamiento ético, durante el transcurso de las entrevistas, respetando sus opiniones, en relación a la percepción del cuidado recibido; estas fueron ejecutadas en un ambiente adecuado, en un clima de confianza, alejado de distractores externos, como bulla, deambulación de personas, etc., para lo cual se solicitó a la enfermera jefe de servicio la oficina administrativa, que generalmente está disponible después de las 12 meridiano, hora en que se dan las altas de los pacientes.

La guía de entrevista semi-estructurada se ha validado por juicio de expertos, esta validación se sometió a una revisión de tres expertos: una experta en el área, con 20 años de experiencia asistencial en el área de Medicina Clínica, con grado de Maestría y dos enfermeras expertas en la metodología de investigación cualitativa, una de ellas con 30 años de servicio y grado de Doctora en Enfermería, y la otra con grado de Magister en Ciencias de Enfermería, y 30 años de servicio, hubieron sugerencias que fueron consideradas para la realización final del instrumento.

Una vez obtenida la aprobación del proyecto por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina, se realizó una prueba piloto que consistió en entrevistar a dos pacientes del Servicio de Medicina u otro del mismo hospital, con la finalidad de comprobar si las preguntas establecidas en la guía de entrevista son entendidas y las respuestas responden al objeto de estudio. Luego de ello y después del análisis de la entrevista piloto, se procedió a viabilizar las otras entrevistas, dado que las respuestas obtenidas eran valiosas para la investigación.

2.6 Procedimiento

Se inscribió el proyecto de investigación en el Catálogo de Tesis de la Escuela de Enfermería de la USAT, luego se presentó al comité metodológico de dicha escuela para las sugerencias del caso, aprobada, se presentó un ejemplar al Comité de Ética para su revisión y aprobación, quedando apta para su ejecución; para ello se solicitó el permiso respectivo a la Dirección del HPDBL, cumpliendo los requisitos que solicitaron a fin de garantizar el desarrollo de la investigación. Una vez asegurada esta gestión, se hizo contacto con el escenario, a fin de conectarse al azar, con los sujetos de investigación que cumplan con los criterios de inclusión.

Para realizar las entrevistas, se buscó el lugar más privado y libre de distractores, (oficina administrativa), en dos caso se permitió la presencia de los familiares, los mismos que no intervinieron en la entrevista, pero dieron el soporte emocional que necesitaban, la duración se dio en promedio de veinte minutos, y los discursos fueron registrados en una grabadora; previamente se les dio a conocer detalladamente en qué consiste la investigación, sus objetivos y la importancia de su

participación libre y voluntaria, lo cual se plasmó en la firma del CI, las entrevistas se realizaron hasta que en la séptima se alcanzó la saturación de la información, situación que dio por concluida la recolección de datos. Las entrevistas serán almacenadas en una carpeta Word, por espacio de 3 años, después de los cuales serán borrados.

2.7 Análisis de datos

El análisis de datos es la etapa más importante del proceso de la investigación, para ello se utilizó el análisis temático; el cual parte de los datos textuales, se trata de descomponer el corpus en unidades para proceder posteriormente a su agrupamiento en categorías siguiendo un criterio de analogía. Es decir, considerando las similitudes o semejanzas que existen entre éstos, en función de criterios preestablecidos²⁰.

Entonces, para llevar a cabo esta técnica, primero se realizó la lectura de las respuestas dadas por los sujetos de investigación, es decir, las respuestas dadas por los pacientes que estuvieron hospitalizados, lo cual permitió la organización del contenido; para descomponer el cuerpo de la información recolectada, e identificar las unidades de análisis se utilizó el método de coloreo, que luego fueron asociadas, considerando las similitudes que existan entre ellas, lo cual dio lugar a las categorías científicas.

Según Lupicino²¹ el análisis temático comprende tres etapas:

Pre análisis: Es la etapa de organización del material a analizar, en la que se diseñó y definió los ejes del plan que permitieron examinar los datos y realizar el análisis temático, de esa manera se realizó la revisión de las grabaciones detenidamente, hasta encontrar relación con los datos, las mismas fueron transcritas tal cual respondieron los sujetos de estudio, sin obviar el contenido de la conversación, en ella se identificó las unidades significativas, realizando el coloreo de acuerdo a su similitud semántica.

Codificación: Consistió en realizar la transformación de los datos recolectando en datos útiles, cuyas operaciones implicadas son la fragmentación del texto y la categorización de elementos. En este caso, se realizó una relectura de las entrevistas aplicadas a los pacientes hospitalizados, posteriormente se fue descartando los datos que no eran de utilidad para la investigación, y se colectaron en grupos de asociación por contenido significativo semejante y /o diferente.

Categorización: Consistió en organizar y clasificar las unidades de significado obtenidas en base a criterios de diferenciación. El criterio fundamental de categorización fue el semántico, es decir, las respuestas que proporcionaron los pacientes hospitalizados a las preguntas realizadas, se agruparon según las semejanzas que existan entre estas, las que dieron lugar a las categorías y en algunos casos, para mejor explicación y comprensión se establecieron sub categorías.

2.8 Criterios éticos

Los principios éticos son básicos para la práctica de enfermería, ya que permiten denotar lo correcto y lo incorrecto de una conducta. Es por ello la presente investigación estuvo custodiada por la práctica de los Principio de la Ética Personalista de E; Sgreccia.²² asegurando que los derechos de los sujetos se respeten y ellos se sientan protegidos.

Los principios éticos que se utilizaron en la investigación fueron:

El principio de defensa de la vida física: En el momento de la entrevista, los informantes fueron entrevistados considerando su unicidad, fundamento para considerar que las personas deben ser valoradas en su totalidad, por tanto, no se les considero como un fin, dado que esa es su propia esencia, en este sentido, se estuvo atento a cualquier manifestación de afectación de su integridad psicofísica,(taquicardia, diaforesis, ansiedad, voz temblorosa, llanto etc.) evitando ocasionarle daño, para ello la investigadora estuvo atenta a toda manifestación que le afecte, situación que no se dio, en ninguno de los participantes.

Otro principio es el de libertad y responsabilidad: En cumplimiento de este principio se les explicó los objetivos de la investigación y firmaron previa lectura, el CI, reafirmando su libertad para participar y dejar de participar en la investigación, si así lo decidieran. No habiendo sucedido ninguna renuncia a su participación. Se demostró la reserva de la identidad de los pacientes participantes de esta investigación, a través del uso del seudónimo para mantener su anonimato. El entrevistado asumió la responsabilidad de la veracidad de sus datos, y la investigadora de la fidelidad de la transcripción de los discursos, manteniendo en todo momento, la confidencialidad de sus aportes.

El Principio de la Sociabilidad y Subsidiaridad, se cumplirá al final de la investigación, por la cual al poner en evidencia los resultados, a través de las publicaciones y/exposición de los resultados, facultando a quien lo desee, la aplicación de estos, a sus realidades, considerando las semejanzas de los mismos, para ello, la investigadora, ha descrito el escenario y los sujetos de estudio en detalle.

2.9 Criterios de Rigor Científico

La calidad de un estudio está determinada con el rigor científico con que se realiza el trabajo de investigación, existen criterios que permiten evaluar el rigor y la calidad científica de los estudios cualitativos. Estos criterios son: Credibilidad, Transferibilidad, Dependencia y Confirmabilidad²². En la investigación se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

Credibilidad: Los hallazgos de la investigación fueron reales verdaderos, pertenecieron a los pacientes del Servicio de Medicina que participaron en el estudio y se utilizaron medios que demuestren su veracidad tales como: grabaciones de todo el transcurso de la entrevista; la transcripción de las entrevistas tal cual lo dijo el participante sin ninguna alteración, sin coaccionar las respuestas de los mismos, estas se organizaron en una carpeta, por si algún investigador desea hacer un seguimiento, quedando archivadas por tres años.

Transferibilidad: Los resultados podrán, a criterio del interesado, ser aplicados a otra realidad similar. Para ello al finalizar el trabajo, se publicara los

resultados en revistas indexadas y se concedió la aceptación para su publicación en el repositorio de Tesis USAT, en la web USAT. Las investigaciones cualitativas encuentran en este criterio, algunas dificultades en relación a los escenarios en los que se realizan, por ello la investigadora hizo una minuciosa descripción del contexto y de los sujetos de investigación, para que se puedan identificar con facilidad las semejanzas.

Audibilidad o Confirmabilidad.²³, Los datos están a disposición de investigadores interesados, para lo cual la investigadora organizo los testimonios obtenidos, por transcripción fidedigna, los tendrá a disposición de quienes deseen investigar acerca del tema, y solo se accederá a ellos por motivos de investigación Se archivarán por espacio de tres años, luego de lo cual serán destruidos.

CAPITULO III: RESULTADOS Y ANALISIS

Luego de haber obtenido todos los datos necesarios para dar respuesta al objeto de estudio planteado: Percepción del cuidado enfermero en el paciente hospitalizado; obteniendo las siguientes categorías y subcategorías.

CATEGORÍA I: CARACTERISTICAS DEL CUIDADO ENFERMERO PERCIBIDO POR EL PACIENTE.

Sub categorías:

- 1.1 Percepciones del cuidado personalizado.
- 1.2 La responsabilidad del rol profesional.

CATEGORÍA II: HABILIDADES SOCIALES APRECIADAS COMO OBLIGATORIAS DEL CUIDADO ENFERMERO EFICAZ.

Sub categorías:

- 2.1 Rompiendo las limitaciones para una comunicación efectiva y afectiva.
- 2.2 La práctica de la empatía para un cuidado eficaz.

CATEGORÍA III: LA FAMILIA Y SU PARTICIPACIÓN EN EL CUIDADO

Sub categorías:

- 3.1 Coordinación con la familia para garantizar el cuidado seguro.
- 3.2 La educación sanitaria para garantizar la continuidad del cuidado domiciliario.

CATEGORÍA IV: EL FORTALECIMIENTO DEL CUIDADO A TRAVES DE LA PRACTICA ÉTICA.

Sub categorías:

- 4.1 La responsabilidad ética en la delegación de actividades de cuidado.
- 4.2 La enfermera como facilitadora del cuidado espiritual.

1. CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADO ENFERMERO PERCIBIDO POR EL PACIENTE.

La enfermería se preocupa por la persona como un ser totalitario, holístico, no únicamente como un conjunto de partes o de procesos. Hablar de la totalidad del ser y del cuidado de la persona desde esta perspectiva promueve la integridad y la individualidad. Es reconocer la condición de persona en el otro, como un ser único, dotado de características propias y particulares, un ser digno y libre; es decir, de la manera como se comprenda la percepción del cuidado y como se dé la relación depende el logro conjunto de propuestas de cambio para dignificar a las personas o fortalecer su autonomía, que es en esencia lo que pretende el cuidado.²⁴

El cuidado es el atributo disciplinar de Enfermería, este debiera estar constituido por acciones personales y transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad, ayudando a la persona para hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia ayudando a otros en la adquisición de su autocontrol, autoconocimiento y auto curación²⁵; lo cual reconoce que el cuidado debe ser esencialmente personalizado, y ello implica una responsabilidad de cumplimiento en el desempeño profesional; al respecto, las siguientes subcategorías, exponen y analizan las percepciones de los pacientes en razón a lo dicho.

1.1 Percepciones del cuidado personalizado

El cuidado personalizado, es una característica del cuidado que lo distingue de cualquier otra intervención; sin embargo, no es tan sencillo que sea percibido de manera positiva por el paciente; cuando se les pide a los pacientes que evalúen, con respecto a la calidad del cuidado prestado por el equipo de enfermería su percepción es que hay un déficit de la calidad de los cuidados de enfermería prestados en la institución,²⁶ que ellos lo califican como desatención, así lo refieren en los siguientes discursos:

...yo me acuerdo que cuando estuve hospitalizada mi hija se le acerco a la enfermera para decirle enfermera ya se acabó el suero a mi mamá”, entonces ella le respondió ya ahorita voy a cambiarlo y así pasaban 5 a 10 minutos y nada, como tres veces le dijo mi hija hasta que a la tercera vez le hizo caso, fue muy desatenta.... (Tulipán)

la enfermera ... no se me acerco a mí a decirme señor como se siente o si necesitaba algo que la llame... no, nada de eso, no sentí eso, solo venía a decirme “señor le voy a colocar esta medicina” ...como a cualquier persona... (Tulipán)

La razón de ser y del quehacer de enfermería en las instituciones de salud es el cuidado directo, continuo, oportuno y permanente de personas en situación de enfermedad. Por tanto, cuidar para enfermería es un proceso cuyo objetivo va encaminado a alcanzar un alto nivel de excelencia en la prestación del cuidado y la satisfacción de los usuarios. No obstante, para obtener este logro, es necesario tener en cuenta que la presencia, la permanencia, la continuidad y la contingencia, son condiciones específicas y distintivas de ese cuidado, a través de la cual es posible proveer protección, confort y apoyo,²⁷ su omisión es percibida por los pacientes como desatención o indiferencia, falta de oportunidad y continuidad en el cuidado como evidencian los discursos, a pesar de que estas puedan estar influenciadas por las carencias de personal e insumos, características comunes del sistema de salud de nuestro medio.

Es evidente que los pacientes en sus discursos reclaman que la atención sea el encuentro paciente – proveedor, definida como el grado en el que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en salud, juzgado por la expectativa de resultados que se podrían atribuir a la atención en el presente, y que está básicamente atribuido, al interés y la oportunidad percibida por la persona cuidada, acerca del cuidado que recibe.²⁸

Contrariamente a ello, hay percepciones objetantes a lo anteriormente expuesto, ya que otros pacientes, han percibido el cuidado, en similitud de los hallazgos encontrados por quien concluye en su investigación que es interesante, observar que la percepción global que tienen los pacientes sobre los cuidados, lo califican como positivo y se sienten satisfechos en relación al cuidado que reciben por

parte de las enfermeras de la Institución,²⁹ esta experiencia la relatan de la siguiente manera:

...había una enfermera bien buena, se acercaba a mi cama con mucho interés a preguntarme como estaba yo, como me sentía me decía “señora cómo se siente, como ha amanecido hoy, ... me explicaba todo lo que me iba hacer, que medicamento voy a tomar etc. ... (Tulipán)

... me gustó mucho su cuidado porque me trataban con cariño, con amor, la enfermera estaba pendiente en todo, me colocaba la medicina veía si me faltaba algo, siempre en comunicación con mi familiar, cuando ellos preguntaban “señorita mi mamá puede comer tal o cual cosa, ella siempre sabía que responder y lo hacía con amabilidad...a pesar que a veces eran medio insistentes... (Amaranta)

Los discursos reconocen, como características del cuidado recibido, el interés, la información oportuna, la afectividad, tolerancia, la interacción con la familia, y el trato, haciendo de este momento del cuidado una ocasión en la que la enfermera y otra persona se conectan para el cuidado humano con un punto de contacto en un tiempo y espacio determinado. Tiene la habilidad de expandir la capacidad humana.²⁴ y lo demuestra a través de las actitudes positivas percibidas por el paciente, toda vez que cuando se habla de cuidado también, se refiere a dedicación, cuyo comportamiento, apariencia, formación moral e intelectual son de buen gusto (hablando de la persona), es la atención, el comportamiento cauteloso, el fervor, la devoción dedicada a alguien o algo.³⁰ lo cual nos es más que asumir la responsabilidad del rol profesional, para mayor explicación se analiza en la siguiente subcategoría:

1.2 La responsabilidad del rol profesional

Los profesionales de enfermería asumen una serie de roles cuando prestan cuidados a los pacientes, a menudo asumen estos roles de forma simultánea, no exclusiva. Por ejemplo, un profesional de enfermería puede actuar como asesor mientras dispensa cuidados físicos y enseña ciertos aspectos de esos cuidados. Los roles requeridos en un campo específico dependen de la necesidad del paciente y de los aspectos del entorno particular.³¹ Frente a ello, ellas asumen su rol con mucha responsabilidad, y ello es percibido por los pacientes, de distintas maneras, así es importante recalcar, que el paciente, no solo percibe el cuidado directo que recibe,

también valora el entorno del cuidado; así como lo menciona Bruce E.⁹ La percepción es una experiencia sensorial consciente por lo que somos capaces de entender los elementos de nuestro entorno, por medio de los sentidos, de allí que el paciente también percibe los actos que rodean la responsabilidad en el cuidado que les brindan, y así lo expresan:

...se me acercaba la enfermera jovencita, con ella hablaba mucho, bien amable, siempre me llamaba por mi nombre, bien respetuosa, yo le agradezco mucho a ella porque me cuida bien, a pesar de que se le veía muy atareada, también a la otra enfermera porque cuando la señorita jovencita no podía resolver algo la llamaba y ella venía, se apoyaban mucho... y eso era, para mi bien... (Amapola)

El discurso descubre, como la solidaridad y responsabilidad de las enfermeras es compartida, lo que está descrito por P. Benner en su Teoría de la Novata a la Experta, y está relacionado al desarrollo de competencias, del ser, el saber y el saber hacer, que se logra en comunión de una enfermera a otra y permiten el desarrollo y crecimiento no solo profesional sino también persona, la teórica afirma que estos niveles de conocimiento y experiencia clínica buscan que la enfermera(o) supere una serie de niveles con la finalidad de llegar a la “experticia”, sin embargo; durante este proceso debe enfrentar situaciones complejas, hasta reunir características propias de un experto, para que brinde un cuidado integral al individuo y a su familia; no solo para el período en el cuál se encuentra en el servicio específico sino también para su egreso,³² y así es percibido por los pacientes del servicio de medicina del HPDBL. .

Los cuidados enfermeros y el rol de la enfermera están muy ligados, en la percepción del paciente, a la administración de medicamentos y algunos procedimientos que ella les realiza, como parte de su cuidado, los cuales se perciben de manera positiva cuando se cumplen en oportunidad, no les ocasiona molestias, como dolor, y les son informados de que se trata, estas percepciones del paciente son expresados en los siguientes discursos:

...me daba los medicamentos, me ponían la insulina, me explicaba que era y aprendí que era muy importante no dejar de ponérmela, por eso yo estaba pendiente que no se pase la hora, y lo hacían a la hora exacta...también en mi higiene me ayudaban con mucho respeto, unas mejor que otras, pero eran muy responsables... (Azucena)

...tenían que estarme midiendo a cada rato la glucosa, ya me dolía mi dedo de tanto que me pinchaban ah!, pero había una enfermera que no me hincaba con aguja, era con otra cosa, no me acuerdo como se llama y allí ni sentía nada de dolor, esa enfermera muy buena, todo tenía que ser a su hora, me alentaban, porque por el dolor a veces ya no quería, ...a pesar de eso ellas cumplían muy bien... (Gladiolo)

Los discursos muestran, desde el punto de vista de la investigadora una realidad ostensible en los pacientes, ellos perciben el rol de la enfermera más desde el punto de vista asistencial, y relacionado con tratamientos y procedimientos, sobre todo que se cumplan y no les produzca molestias, principalmente dolor, en el marco del respeto y la afectividad lo cual se encuadra en lo que involucra el cuidado: valores, deseos y compromiso, así como el hecho de redimensionar sus acciones y consecuencias; apunta, además, a proteger y a ampliar la condición humana en medio de la libertad de pensamiento y voluntad, procurando descubrir estrategias que hagan menos traumático su tratamiento, generando su participación en el cuidado, con mucha responsabilidad.

Así mismo, el cuidado abarca, tratar a los pacientes como un todo, conceptualizando esto en las esferas de la salud (biológico, psicológico, social, espiritual) con el fin de satisfacer las necesidades que no pueden ser cubiertas por los pacientes, y se debe llevar a cabo desde un punto de vista holístico, tener siempre presente en el cuidado, como aspecto principal, la responsabilidad, sobre todo mientras ellos se encuentran fuera de su entorno familiar y social, en un ambiente en común como lo es la estancia hospitalaria, por lo que es necesario ofrecer el trato con cercanía, con habilidad, amabilidad, seguridad y respeto, direccionar el sentir a una constante confianza y libertad para aclarar dudas, lo cual también está relacionado con la responsabilidad. El cuidado enfermero, no es algo estático, sino continuo que se va modificando en torno al cuidado de los que nos necesitan³³; y las enfermeras del servicio de medicina HPDBL, lo asumen con gran responsabilidad.

2. HABILIDADES SOCIALES PERCIBIDAS OBLIGATORIAS DEL CUIDADO ENFERMERO EFICAZ.

Las habilidades sociales son una serie de conductas observables, pero también de pensamientos y emociones, que nos ayudan a mantener relaciones interpersonales satisfactorias. Son pautas de funcionamiento que nos permiten relacionarnos con otras personas.³⁴, principalmente en el caso que nos refiere con el paciente hospitalizado en el servicio de Medicina del HPDBL, a quien se le prodiga cuidados de enfermería.

La enfermería es una disciplina en la cual, al igual que ocurre con las demás profesiones de salud, resulta importante dominar las habilidades sociales como dominar las técnicas específicas de dicha profesión, ya que la relación interpersonal forma parte de su quehacer diario; debido a su elevada importancia, y, bajo la etiqueta de habilidades sociales, se postula a una dimensión social del comportamiento humano³⁵, que permita una interrelación favorecedora del cuidado de calidad con calidez. Estas habilidades invitan a la enfermera al desarrollo de su competencia comunicacional y la otra, relacionada a su sensibilidad humana, como lo es la empatía; para cuyo cumplimiento muchas veces tienen grandes dificultades que derivan del sistema de salud, como la falta de personal, o de la enfermera, que no ha desarrollado sus habilidades sociales; las exigencias de los pacientes en relación a ellas se explican en las siguientes sub-categorías:

2.1 Rompiendo las limitaciones para una comunicación efectiva y afectiva:

El proceso de comunicación dentro del cuidado de enfermería, es un elemento fundamental porque permite establecer una relación entre el ser cuidado y el cuidador, siendo una expresión de la vida misma y convirtiendo al cuidado en un acto de vida. La comunicación es posible solo en un clima de libertad, en el que se puede expresar pensamientos, sentimientos, sensaciones, etc. matizada de elementos tales como el respeto a la originalidad ajena, la preocupación de hacer comprender al otro nuestro mensaje, una actitud de escucha y atención permanente, cuando este proceso

es percibido de manera positiva por el paciente, ellos se sienten muy satisfechos³⁶, estas percepciones son verbalizadas de la siguiente manera:

...Me gustó sobre todo porque se me acercaba hablar conmigo, ósea, se daba tiempo para hablar con todos sus pacientes a pesar de lo ocupada que podría estar ella...era un ratito, pero nos escuchaba con atención...y siempre sonriente (Tulipán)

... a pesar de lo saturado que a veces estaba el servicio siempre había un tiempo para conversar y decirles lo que yo pensaba...ellas me escuchaban como mucha atención, y si les preguntaba algo me contestaban con palabras que yo entendía, y sobre todo con una voz muy cariñosa (Margarita)

Dentro de este proceso de comunicación, la voz de quien cuida es indicador valioso para la percepción final sobre el cuidado de aquella persona que es cuidada. Pero también es importante escuchar, que no es más que dejar hablar; sino que significa dar tiempo al ser cuidado para exponer en la medida y en modo que considere oportuno su pensamiento y su estado de ánimo, sin interrumpirlo y dejarlo terminar. ello demuestra no solo atención y preocupación por el paciente, si no que este lo percibe con afectividad, con un afecto no posesivo, que se demuestra hablando en un tono de voz moderado y adoptando una postura abierta y relajada, y expresiones faciales coherentes con el contexto comunicativo³⁷, características que son percibidas y expresadas en los discursos de los pacientes, las mismas que insinúan la posibilidad de ponernos en su lugar, es decir ser empáticos, esta práctica tan importante en el cuidado enfermero, se analiza con mayor pertinencia en la siguiente sub categoría.

2.2 La práctica de la empatía para un cuidado eficaz

La empatía es la disposición que tiene una persona (la enfermera en este caso) para ponerse en la situación existencial de otra, comprender su estado emocional, tomar conciencia de sus sentimientos, meterse en su experiencia y asumir su situación. La empatía aparte de ser la llave que abre la puerta de la comunicación terapéutica, crea un ambiente seguro y ayuda a que el paciente confíe en el profesional de enfermería; comparta su realidad, aumente su autoestima y se sienta más comprendido y aceptado,³⁸ esta demanda lo realizan más cuando su confort, se altera, por razones

de dolor, soledad etc., lo cual es muy frecuente; sin embargo la actitud empática de la enfermera, les hace “sentir bien”, tal cual lo refieren en sus discursos los participantes:

...señorita tengo mucho dolor, me quejaba, ... la enfermera se me acerco y me dijo así con cariño “señora ahorita le voy a colocar un medicamento para que le calme su dolor, no se preocupe, ahoritita le coloco, cálmese, tranquila, que para eso estoy yo”, ...así sonriente me lo dijo, que me hizo sentir bien, que había alguien que estaba allí conmigo para todo, entendiéndome, ...nunca me voy a olvidar la manera como me lo dijo”...(Amapola)

...me sentí una persona muy querida por parte de la enfermera, con ese entusiasmo y esa alegría de la enfermera que me cuida y me hacía sentir muy bien cuando la necesitaba... se notaba que ella sentía lo que me estaba pasando. (Azucena)

Los discursos, revelan de manera categórica como la enfermera tiene la capacidad de experimentar, de comprender las percepciones y sentimientos de otra persona, (las pacientes) así como la capacidad para comunicar esta comprensión.³⁹, como identifican las pacientes y lo guardan en su percepción del cuidado de calidad, “con cariño, afecto y siempre sonriente”, así, entabla una comunicación terapéutica, que enaltece su cuidado.

Por lo tanto, se cumple lo antes mencionado, los pacientes se sienten como seres individuales, satisfechos, atendidos de una manera afectiva, dándoles la seguridad y confianza que ellos necesitan para poder indagar alguna duda o inquietud que ellos puedan tener a lo largo de su estancia hospitalaria, a través de su trato amable, claridad al comunicarse y sobre todo con la eficiencia de su quehacer diario, que se da con calidad y calidez; también el involucramiento de la familia en el cuidado, convirtiéndose en gran apoyo para la enfermera, así como garantizar el cuidado seguro en el hogar, para lo cual son capacitados, percepciones que se analizan en la siguiente categoría.

3. LA FAMILIA Y SU PARTICIPACIÓN EN EL CUIDADO

La familia es el grupo de dos o más personas que coexisten como unidad espiritual, cultural y socio-económica. La familia se constituye en una unidad espiritual, cultural y socio-económica, dado que precisamente como grupo único, crea lazos que van más allá de lo físico y emocional, su sentido de pertenencia le permite a cada miembro sentirse parte del otro, compartir sueños y expectativas, así como sufrimientos y dolor, las costumbres varían de una familia a otra haciendo a cada una pieza social única, que engrana en el tejido cultural y económico de cada contexto.⁴⁰

Teniendo en cuenta lo dicho anteriormente, constatamos que cuando un miembro de la familia enferma e ingresa al hospital, la familia es parte activa en la recuperación de la salud de su paciente. La familia ayuda y colabora con el paciente para mejorar su salud, da un apoyo y ayuda al paciente en su enfermedad y rehabilitación.⁴¹ Es importante reconocer que la participación de la familia en el cuidado es de suma importancia para la recuperación del paciente. Sin embargo; si la familia recibe escaso apoyo y atención, se puede caer en el error de sobrecargarla. Es más, incluso se puede distorsionar el fundamento de involucrar a la familia en el proceso de cuidado, porque la familia es importante para el paciente, o porque supone un recurso para los profesionales y alivia la carga de trabajo y cuidado de los mismos.

Desde esta perspectiva, implicar a la familia en el cuidado del paciente conlleva verla como un recurso para la atención y el cuidado. Sin embargo, entender a la familia como objeto de cuidado significa cuidar de toda la unidad familiar, incluido el paciente, asumiendo un enfoque integrador y sistémico en la atención.⁴² que se logra mediante la coordinación de las actividades a través de la educación sanitaria, lo que no solo hace que participen durante la hospitalización, sino que garantiza la continuidad del cuidado. Lo dicho genera el análisis de los aportes de los sujetos de estudio en las siguientes sub categorías.

3.1 Coordinación con la familia para garantizar el cuidado seguro.

Los profesionales de enfermería por medio de su interacción con las familias, pueden ofrecer apoyo e información, tienen que garantizar que no solo el individuo enfermo, sino cada miembro de su familia, comprenden la enfermedad, su tratamiento y los efectos de estos dos factores en el tratamiento del paciente; para ello valora la disponibilidad familiar y su capacidad para proporcionar una asistencia supervisada, cuando esté justificado. Después de una instrucción y práctica planificadas, se ofrece a las familias la oportunidad de atender al enfermo bajo la guía del profesional de enfermería,⁴³ convirtiéndose en colaboradores del cuidado seguro, esta percepción lo manifiestan de la siguiente manera:

...nunca me dejaban sola...cuando ella estaba ocupada me dejaba con mi familiar, que era mi hija, a quien le habían enseñado cuando llamar a la enfermera, (ver la vía, si tengo dolor etc.), no me quedaba sola siempre tenía compañía...así la enfermera también tenía una preocupación menos. (Amapola)

... cuando pedía que ingrese un familiar para que este a mi lado, me ayude a almorzar, me acompañe a ir al baño, vigile mi suero cuando me ponen los antibióticos,... la enfermera no se molestaba, nada de eso,... al contrario, le daba alegría porque sabía que también mi familiar se preocupaba por mí...eso sí, le enseñaba lo que tenía que ver, y si no podía avisar...mi familia se sentía muy contenta de colaborar... (Amaranta)

El cuidado seguro, se facilita cuando el paciente casi siempre permanece acompañado por algún familiar o allegado, en el hospital. Se suele repetir el mismo cuidador, es recomendable que la enfermera en el ingreso hospitalario identifique la figura del familiar cuidador, coordinando su preparación y así contar con su presencia y cuidados familiares que suelen realizar de forma espontánea y natural en el hospital.⁴¹ y cuya efectividad está garantizada por la información coordinada que reciben sobre en que pueden colaborar, ayudando así a un cuidado seguro para el paciente.

En concordancia a los discursos, Zomeño⁴¹, aporta que, también los familiares colaboran con la supervisión del cuidado de las enfermeras en el hospital y dan un toque de colaboración cuando algo no marcha bien, avisando con oportunidad para que ella intervenga, ellos se sienten que colaboran con la recuperación del

paciente y también que descargan el trabajo de la enfermera en su cuidado inmediato, sin embargo, es importante reafirmar, que la enfermera para la intervención de la familia establecerá una coordinación clara, que garantice el cuidado seguro, hasta que esté en condiciones del alta y continúe sus cuidados en el hogar.

Cuando el paciente es dado de alta y se va a su domicilio, en la mayoría de los casos, dependiendo del diagnóstico, continúan siendo dependientes, como es el caso de los pacientes del servicio de medicina del HPDBL, que generalmente cursan con enfermedades crónicas, como hipertensión, diabetes Mellitus, o por su edad son susceptibles de otras enfermedades como la neumonía que es la más frecuente; en este sentido: La incorporación del familiar, junto con el enfermo, ofrece a la enfermera la oportunidad de asumir su función educadora, enseñando al familiar y al propio enfermo a conocer su enfermedad, sus limitaciones y como puede afrontar los cuidados diarios;⁴¹ los pacientes abogan por que sus familiares sean capacitados para el cuidado en el hogar, sus percepciones al respecto se analizan en la siguiente sub categoría.

3.2 La educación sanitaria para garantizar la continuidad del cuidado domiciliario.

Cuidar a un ser querido con una enfermedad grave, significa lidiar con limitaciones y tratamiento del paciente, pero a la vez también sirve como una fuente importante de apoyo emocional para el enfermo. Frecuentemente cuidar de un ser querido enfermo crea una sensación profunda de cercanía entre ellos, hay más intimidad, satisfacción y orgullo, para ello deberá tenerse en cuenta que el cuidado continuo de su ser querido puede requerir habilidades o destrezas con las que no está familiarizado y demandar la habilidad de manejar los cuidados en el hogar.⁴⁴ lo cual se conseguirá con la educación sanitaria que reciban los familiares, la misma que debe ser planificada por la enfermera, en un proceso continuo durante la hospitalización, ya que el paciente se siente más seguro si no tiene dudas de cómo será su cuidado en casa; esta percepción se analiza en el siguiente discurso.

...La enfermera me explico a mí y a mi familiar cómo debía tomar mis medicamentos..., le dijo que me tenía que traer a mis controles porque yo soy una persona Diabética, que no me descuidara, le explico también como debía aplicarme la insulina, en qué lugares,... hizo que me ponga algunas veces y ella estaba mirando, en la primera le corrigió, después ya no, lo hacía bien... le explico lo de mi dieta, mis ejercicios, el cuidado de mis pies... por último me dijo “señora cuídese mucho y a tomar su medicina, no se olvide de sus controles”.... (Gladiolo)

Para una educación sanitaria que garantice los cuidados en el hogar es importante que el familiar permanezca en la habitación mientras la enfermera está realizando los cuidados al paciente y que, además, la enfermera explique la forma en que realiza el cuidado, de esta forma, la familia va aprendiendo como se realizan algunos cuidados,⁴¹ y así, poco a poco la va preparando para el cuidado en el hogar; los discursos evidencian que las enfermeras aplican esta estrategia, y los pacientes se sienten alentados porque saben que sus cuidados están garantizados con la educación que reciben, junto con su familiar responsable de su cuidado, originando satisfacción y seguridad de que el cuidado será efectivo en el hogar, así lo refiere un participante:

...como había agarrado bastante confianza conmigo la enfermera me dijo, le van a dar una receta, conforme lo que está aquí(señalando la receta) usted lo tiene que hacer,... cuando venga su hija a llevarla le dice que vaya donde estoy yo para explicarle como le debe de dar su medicina a usted, cuando vino mi hija, que era la que me acompañaba siempre, le dijo el horario de las medicinas, mi alimentación, que debería hacer para que no me vuelva a dar la neumonía, porque ya tengo 70 años, además la contacto con una señorita para que me vacunaran contra la gripe (Influenza)... yo sabía que así me sanaría más rápido y no iba a recaer...porque hay pacientes que regresan y más graves...mi hija me dijo: ahora yo seré tu enfermera....(muy contentas las dos). (Azucena)

Cuando se trata de describir los cuidados directos que recibe la persona dependiente, se dan diferentes formas según sea el vínculo de consanguinidad entre el cuidador y la persona dependiente; generalmente las hijas hacen frente al cuidado con gran compromiso, llegando a cuidar a ambos progenitores al mismo tiempo y sucesivamente, mediante un cuidado solidario, en este modelo, lo más común es que ella, sea el cuidador principal asumiendo la tarea del cuidado del adulto mayor, es normal que como hijo/a de la persona dependiente tenga la probabilidad de sentirse sobrecargado al cuidar a su padre y/o madre dependiente;⁴⁵

Sin embargo, también los hay que sienten una gran satisfacción de saber que cuidaran a sus padres y estos se sienten seguros sabiendo que sus hijos lo cuidaran y

los familiares también intervendrán, gracias a la educación brindada por la enfermera, hasta el punto que su confianza hace que descubran su “nueva enfermera”, como lo registra el discurso, estas percepciones de aquello que es bueno o no para el cuidado del paciente, y garantizar su efectividad, están relacionadas a la práctica ética del cuidado, al reconocer que la responsabilidad no acaba con el alta del paciente, sino que trasciende los muros hospitalarios, para convertirse en una continuidad de lo que ella diseñó para el paciente, esta práctica de la ética en el cuidado se describe en la siguiente categoría.

4. EL FORTALECIMIENTO DEL CUIDADO A TRAVÉS DE LA PRÁCTICA ÉTICA

Watson⁴⁶ plantea que la enfermería es una profesión que tiene responsabilidades éticas y sociales tanto para con los individuos que cuida como para la sociedad en general, realizando una perfecta unión entre las creencias tradicionales y las ciencias humanas; además el cuidado debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica, ya que la práctica ética del cuidado se centrará en la realización de cuidado según lo haría la misma persona y considerando sus valores y creencias permitiendo una interacción entre profesional y paciente dentro de un contexto de valores humanistas; este contexto, muchas veces limita la práctica del cuidado espiritual, que se omite o no se le presta el debido interés, sin percatarse que es uno de los cuidados que más valora el paciente porque lo fortalece espiritualmente, y con ello también frente a la enfermedad,⁴⁷

En otras oportunidades, la práctica ética en la delegación alcanza a la familia, en esta situación, la vigilancia de las tareas simples delegadas debe ser más que una responsabilidad, deben fomentar su participación supervisada en el cuidado, ya que no se puede delegar la responsabilidad a terceros, sin antes no garantizar que sus intervenciones serán favorables para el paciente; al respecto, se analizan las percepciones de los paciente en la sub-categoría siguiente:

4.1 La responsabilidad ética en la delegación de actividades de cuidado

La Enfermería tiene la responsabilidad de articular y difundir definiciones claras de las funciones que desempeñan las enfermeras, y el ámbito de la práctica de la profesión. El ámbito de la práctica no se limita a determinadas tareas, funciones o responsabilidades, sino que incluye la prestación de cuidados directos y la evaluación de sus resultados, la defensa de los pacientes y de la salud, la supervisión y la delegación en otros, por tanto, cada enfermera tiene la responsabilidad de, delegar con responsabilidad administrativa, pero principalmente ética, esta delegación muchas veces esta forzada por el sistema, y en quien más se delega es en el técnico de enfermería, la misma que debe ser restringida a lo que puede ética y legalmente hacer.⁴⁸

La delegación del cuidado de enfermería en personal auxiliar es una herramienta clave para el profesional; es una posible salida para agilizar, en algunas situaciones, la prestación de los servicios de cuidado de enfermería al sujeto de cuidado, el cual, si no se hace partiendo de los principios y valores de la ética profesional, puede generar problemas éticos, dado que las acciones de cuidado que competen propiamente a enfermería comprometen la vida y la dignidad de los sujetos de cuidado,⁴⁹ sistema de trabajo que por falta de personal las obliga a delegar, lo cual genera percepciones que trasgrede muchas veces la práctica ética de la enfermería, que incluso visibilizan una delegación, que puede afectar la calidad del cuidado, los pacientes perciben estas intervenciones, la identifican, y hasta las valoran como algo natural, y así lo expresan:

... ¡uy señorita! Los técnicos nos levantaban bien tempranito (5am) para hacernos nuestra higiene, sin importar el frio, ni nada... el técnico, el señor con uniforme blanco tendía mi cama, cambiaba las sábanas todo eso...yo creo que ellos no saben mucho de esto, lo hacen no más... ...la enfermera nunca intervino en esto...y creo debería hacerlo (Amapola)

...mandaba al técnico para que nos controlara, si, el que usa uniforme blanco...nos media la presión, controlaba la temperatura, me colocaba un aparatito en el dedo, decía que era para ver mi oxígeno... no le podía preguntar, porque no creo que sepa... pero no siempre era así,

...a veces algunas enfermeras eran las que controlaban...y a ellas si les podía preguntar más cosas... (Tulipán)

En su ejercicio profesional, la enfermera está estrechamente orientada por principios éticos; por ello es necesario que tenga suficiente claridad y criterio para obrar acorde con ellos en cada circunstancia, sin perder de vista el horizonte humanista del servicio que se presta,⁴³ para ello en el Perú éticamente el cuidado está basa en el cumplimiento del código de Ética de la Enfermería, y la Ley del Enfermera(o) que deben ser asumidos por los y las profesionales en beneficio del sujeto de cuidado, la familia y, por ende, la sociedad.

Los discursos en mención, se contraponen al Artículo 22° del CED-CEP que establece: La enfermera(o) debe evaluar con juicio crítico y técnico la competencia del personal asignado a su cargo, basándose en los principios éticos,⁵⁰ para ello utiliza la delegación, sin embargo, se debe evaluar éticamente lo que se delega, ya que no se puede proceder sin antes haber hecho un análisis serio de lo que se quiere y puede delegar, a quien se le va a delegar, las implicancias de esa delegación etc., la responsabilidad en las consecuencias de lo que se delega, sobre todo en el caso descrito, cuando se trata de funciones vitales, cuya responsabilidad de tomarlos, evaluarlos, interpretarlos e intervenir si es necesario, le corresponde a la enfermera.

Por otro lado, en el cuidado holístico que ellas prodigan no descuidan lo espiritual, que tiene tanta significación cuando la persona está enferma, las percepciones al respecto se ilustran y analizan en la siguiente sub categoría.

4.2 La enfermera como facilitadora del cuidado espiritual

El cuidado espiritual es una expresión intuitiva, interpersonal, altruista e integradora que depende de la conciencia que tenga el profesional de enfermería de la dimensión trascendental de la vida, pero que refleja la realidad del paciente. A un nivel elemental, el cuidado espiritual de enfermería comienza desde la perspectiva de estar con el paciente en amor y dialogo, pero puede desembocar en intervenciones

orientadas al tratamiento que toman la dirección de la realidad espiritual o religiosa del paciente,⁴³ la enfermera, debe asumir su intervención como parte del cuidado espiritual, basado en los principios éticos de igualdad y respeto de la dignidad de las personas, que se evidencia en la práctica de sus creencias y ritos religiosos, los cuales forman parte del cuidado enfermero, cuando sus percepciones son positivas ellas lo describen con reconocimiento, de esta manera:

...Yo soy de otra religión y a veces venían mis hermanos, cuando estuve mal, la enfermera llamo a mi pastor... y en hora de visita también ellos me venían a ver, oraban por mí y por todos los que estaban internados, las enfermeras no se oponían, siempre han respetado eso... (Amapola)

...A pesar que la enfermera era católica, siempre ha respetado mi religión, yo soy evangelista, mis hermanos me venían a orar y ella lo aceptaba, solo les decían que no entren muchos por mi bien...y hasta recibía algunas lecturas... a veces otras no lo reciben porque dicen soy católica...pero ella no...si lo recibía... (Gardenia)

Yo soy católica, tengo mi rosario siempre, a veces entraba cuando estaba rezando y me acompañaba a rezar, aunque sea un misterio, eso me daba mucha alegría...también nos avisaba el horario de la misa, y si no podíamos ir, le decía al padre para que nos dé la comunión en el servicio... (Azucena)

Los discursos son categóricos, cuando expresan las percepciones del paciente en el cuidado espiritual, valorar la captación sin discriminación y más aún la ayuda para que este se realice, o aunque de manera indirecta se identifique con ellos, al compartir o recibir algunas lecturas, este cuidado se convierte entonces en una oportunidad para los profesionales de Enfermería en el acompañar, orientar, aliviar la desesperanza, la frustración brindar seguridad, y todo lo que emocional y espiritualmente los pacientes puedan manifestar derivado de su estado de salud, respetando sus creencias y su religiosidad.⁵¹ al respecto Tanyi citado en Veloza G,⁵² considera que las creencias religiosas, son prácticas que dan significado a la vida, por tanto, inspiran y motivan el logro de un ser óptimo, con sentido esperanzador en la recuperación de su salud, conectándose espiritualmente con sus fe, que ellas respetan.

Esta conexión brinda confianza, esperanza, paz y empoderamiento. Los resultados son disfrute, esperanza en uno mismo y en los otros, fortaleza y aceptación ante la mortalidad, bienestar espiritual y físico y la habilidad para trascender a través

de la existencia, lo cual beneficia tanto al paciente como a la enfermera. De esta manera el cuidado es percibido por los pacientes del servicio de Medicina del HPDBL en su plenitud, retratando los aspectos gratificantes para el paciente y aquellos que demandan un reto de mejora para aspirar al cuidado con calidad técnico – científico, esencialmente humano.

CONSIDERACIONES FINALES

Finalizada la investigación, se llegó a las siguientes consideraciones finales en relación al estudio:

1. Los pacientes del servicio de Medicina, identifican características principales en el cuidado enfermero tales como: puntualidad en la administración de medicamentos y ejecución de los procedimientos, solidaridad y responsabilidad, interés por su estado, información oportuna, afectividad, interacción con la familia, y buen trato que influyen en su percepción positiva relacionada al cuidado enfermero.
2. Otros pacientes, de este servicio, reconocen que hay limitaciones en el cuidado relacionadas con: falta de oportunidad y continuidad en el cuidado, trato despersonalizado, falta de uniformidad en la calidad del cuidado, alegando que unas lo hacen mejor que otras, evidenciando una percepción no favorable acerca del cuidado que reciben.
3. Las habilidades sociales practicadas por las enfermeras en el cuidado, son percibidas por los pacientes como una atención que reconforta, por que los hace sentir queridos, comprendidos, a pesar de las limitaciones de tiempo y sobrecarga laboral que ellos reconocen, por tanto, la empatía, la escucha activa, la comunicación efectiva y afectiva que ellas practican en el cuidado, fortalece la seguridad y confianza que ellos necesitan.
4. El trabajo coordinado entre la enfermera y la familia facilita un cuidado seguro cuando el paciente casi siempre permanece acompañado por su familiar, ellos reconocen que la educación sanitaria que les brinda la enfermera, los hace participar en el cuidado de manera efectiva y los prepara para el cuidado en el hogar.

5. En el cuidado muchas veces se trasgrede la práctica ética, delegando actividades esenciales, que son responsabilidad de la enfermera, lo cual no pasa desapercibido en los pacientes, quienes reclaman la participación de la enfermera, para garantizar la calidad de su cuidado.

6. La valoración que los pacientes del servicio de Medicina le atribuyen a la enfermera, en relación al cuidado espiritual, es que respetan sus creencias y su religiosidad, participando como facilitadoras de sus prácticas religiosas, involucrándose directa e indirectamente, en sus rituales religiosos, esta percepción de los pacientes les prodiga, alivio a la desesperanza, paz, aceptación de sus mortificaciones, y fortaleza, que les beneficia mutuamente.

RECOMENDACIONES

A la institución de Salud:

1. Considerar los resultados de la presente investigación, que son aportes obtenidos de primera fuente, los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina del HRDBL, como estrategias para planes de mejoramiento, en cumplimiento del postulado de brindar atención y un cuidado de enfermería con calidad y calidez.
2. Fortalecer la capacitación del personal asistencial y administrativo para fortalecer las habilidades sociales y de práctica ética del cuidado, mediante el uso de los convenios con instituciones formadoras.

A las Instituciones formadoras:

1. Enfatizar en la formación integral del futuro profesional, tanto en el pre grado, como el post grado y especialidades, privilegiando la práctica de los principios éticos, y fortalecimiento de las habilidades sociales, a fin de brindar una formación basada en valores rescatando el aspecto humano del cuidado enfermero.

A las enfermeras Gestoras:

1. Promover investigaciones sobre la valoración del cuidado de enfermería que reciben los pacientes, en sus servicios, para detectar deficiencias y poder mejorar en el día a día; incorporar la investigación multidisciplinaria, ya que la percepción de la atención de salud por el paciente concierne a todos los ejecutores.

2. Mantenerse vigilante de las expectativas del paciente, percibidas como no positivas, induciendo las conductas del personal hacia el cuidado seguro, de calidad y esencialmente humano.

A las enfermeras del servicio de Medicina del HPDBL:

1. Fortalecer la práctica del cuidado humano, considerando el avance tecnológico, solo como un complemento prioritario del cuidado, que no debe trasgredir la práctica ética y espiritual en el cuidado, logrando agregar el valor que demanda el cuidado esencialmente humano.
2. Continuar, en sus esfuerzos por garantizar un cuidado de calidad a pesar de las limitaciones del sistema, asumiéndolos como un reto de su diario que hacer y un compromiso profesional, en bien del paciente.

A la investigadora:

1. Dar a conocer los resultados de la investigación en eventos científicos, a través de exposición y publicación de resultados, así como al personal del servicio, para que tengan acceso a ellos y tomen conciencia de los requerimientos de los pacientes, motivándose para lograr que la percepción del paciente supere sus expectativas, de calidad y calidez del cuidado, con sus intervenciones efectivas y afectivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández L, Zequeira D, Miranda A. La percepción del cuidado en profesionales de enfermería. *Rev. Cubana Enfermería*. 2011; (26): 30-41.
2. Guevara N, Vega Y. Percepción del cuidado de enfermería de los adultos mayores del Hospital Provincial Docente Belén, Tesis.usat.Lambayeque, 2010. [Acceso 21 de abril del 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v15n3/v15n3a09.pdf>.
3. Lenis C, Manrique F. Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados – Tesis. Universidad Nacional de Colombia [acceso 21 de abril del 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v15n3/v15n3a09.pdf>.
4. Silva J, Córdova R, Vergaray S, Palacios V, Partezani R. Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público. Argentina 2015. [Acceso 24 Agosto 2017] disponible en <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.04.001> Get rights and content.
5. Alfaro E, Beraun M. Percepción de los pacientes sobre el Cuidado Humanizado que brinda la Enfermera en los Servicios de Medicina Interna del Hospital Nacional Dos de Mayo, Cercado de Lima-2015. [Acceso 26 agosto 2017] disponible en <http://repositorio.ual.edu.pe/bitstream/handle/UAL/20/012%20ALFARO%20ALMONTE%2C%20EDITH%20VERONICA%20%20BERAUN%20RICAPA%2C%20MAYELA%20YESENIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
6. Puelles Y. Percepción del Paciente con Tuberculosis sobre la Calidad de Atención que brinda el Profesional de Enfermería de la Estrategia Sanitaria Nacional De Prevención Y Control De Tuberculosis de los Centros De Salud de la Micro Red I Lima Ciudad – 2016.[acceso 24 de agosto 2017]disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2337/3/puelles_y.pdf.
7. Benites J, Gonzales S, Torres Z. Percepción de las pacientes sobre el Cuidado Enfermero en el Servicio Medicina mujeres de un Hospital de Chiclayo. 2015. Tesis. Universidad Señor de Sipan. [Acceso 21 de abril del 2017]. Disponible en: <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/360>.
8. Bardales E, Calderón L. Cuidado de enfermería según la percepción del paciente hospitalizado con VIH/SIDA chiclayo-2016. Tesis Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo [acceso 25 de agosto del 2017] disponible en: <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/422>.
9. Bruce E. Sensación y percepción. 6a ed. Thomson; España. 2012.
10. Benítez G. citado en Vargas L. Sobre el concepto de percepción. *Rev. Alteridades* [revista en la Internet] 1994 [acceso 21 de abril de 2017]; 4(8): 47-53. Disp.en:http://www.gcd.udc.es/subido/domingo/docencia/comportamiento_consumidor/temas/tema_3_percepcion.pdf.
11. Waldow M. Cuidar expresión Humanizadora. Editorial nueva palabra, México 2011.
12. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 8° ed. a. Elsevier, España 2014.
13. Norma Técnica de Salud para Infraestructura y Equipamiento de Establecimientos de Salud II-1 Y II E. 2013. [Acceso: 14 de mayo de 2017]. Disponible:

<http://www.dgiem.gob.pe/wp-content/uploads/2013/08/DOC-FINAL-2do-NIVEL-DE-ATENCION.pdf>.

14. CMS. ¿Es un paciente hospitalizado o Ambulatorio? 2014. [Citado el 28 agosto 2017] disponible en <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-S.pdf>.
15. Hernández L. Fernández C. Baptista, P. Fundamentos de metodología de la investigación. Editorial McGraw Interamericana. Madrid; España. 2012.
16. Polit H. Diseño de Investigación en ciencias de la salud. Investigación científica de la salud. 6ta Ed. México. 2012.
17. Trinidad A. Carrero Soriano R. Teoría fundamentada “Grounded Theory”: La construcción de la teoría a través del análisis interpersonal. 6ta. ed. Editorial Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado. Madrid. 2011.
18. Lüdke M, Marli E. Pesquisa em Educagáo: Abordagens Qualitativas. E.P.U. Editora Pedagógica e Universitaria LTDA. André-Sáo Paulo; 1986.
19. Vásquez M. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas a la salud. Servei Publicacions de la UAB. España. 2012.
20. Vitores A. I Curso de investigación Cualitativa. Fundamentos, Técnicas y Métodos. Harcourt; Madrid. 2012.
21. Lupiccino I. Metodología de la Investigación Cualitativa. Ed. Limusa; México. 1997.
22. Sgreccia E. Manual de Bioética: Principios y Orientaciones. 4ºed. Talisio. Madrid. 2012.
23. Castillo E. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Revista Colombia Médica, Vol. 34, Corporación Edit. Médica del Valle. Universidad del Valle, Cali – Colombia; 2013.
24. Quintero MC. Cuidado y Práctica de Enfermería: Grupo de Cuidado. Editorial Unibiblos Colombia, 2013
25. Watson J. Enfermería: Filosofía y Ciencia del Cuidado. Colorado: Colorado Associated University Press; 1985.
26. Freitas JS, Silva AEBC, Minamisava R, Bezerra ALQ, Sousa MRG. Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. 2014. Brasil. Acceso [5 Octubre. 2017] disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf
27. Malvárez S, Rodrigues J. Enfermería y seguridad de los pacientes: notas conceptuales. 2011. Citado en Lenis C Calidad del Cuidado de Enfermería percibida por pacientes hospitalizados en una Institución de III nivel de Barranquilla (acceso 5 Octubre 2017) disponible en <http://www.bdigital.unal.edu.co/43046/1/22565208.2013.pdf>
28. Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. Salud Pública de México 1990, vol. 32, N° 2, p. 113-117.
29. Lenis C. Calidad del Cuidado de Enfermería percibida por pacientes hospitalizados en una Institución de III nivel de Barranquilla .Tesis. 2013. Colombia [acceso 5 octubre 2017] disponible en <http://www.bdigital.unal.edu.co/43046/1/22565208.2013.pdf>
30. Silva I, Vieira M, Dias S, Isse S, Radûnz V, Atherino E, de Santana ME. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: umacompreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. Rev. esc. enferm. USP 2009; 43(3):697-703.

31. Berman A, Snyder S. Fundamentos de Enfermería: Conceptos, Proceso y Práctica. 9º Ed. Vol. I. Pearson Educación, Madrid.2013.
32. Brykczynski K. Del principiante a experta: excelencia y dominio de la práctica de enfermería clínica. En: Modelos y teorías en enfermería. Quinta Edición. España: Edide, S.L. 2005:165-79.
33. Segura K, Miranda CM, Guillén D. Percepción del cuidado de enfermería en el paciente adulto. "El Arte del Cuidado" Volumen: 3 Número: 5 Año: 2014-Revista electrónica de Investigación en Enfermería FESI-UNAM. México. [Acceso 14 de Octubre 2017] disponible en <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/cuidarte/article/viewFile/300/435>.
34. Roca E. Como mejorar tus habilidades sociales, 4º ed.2014, España. [Acceso 11 Octubre 2017] disponible en: <http://www.cop.es/colegiados/pv00520/pdf/Habilidades%20socialesDale%20un%20mirada.pdf>.
35. Ramón R, Segura MP, Palanca MM, Román P. Habilidades sociales en enfermería: El papel de la comunicación centrado en el familiar. Rev Esp Común Salud. 2012;3(1): 49-61. España. [Acceso 10 de Octubre del 2017] Disponible en: http://www.aecs.es/3_1_6.pdf.
36. Baggio MA. O Significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. [en línea] 2012. [Acceso 10 de Octubre del 2017] Disponible en: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_01.htm
37. Vidal R. Relación terapéutica: El pilar de la profesión enfermera. [Acceso 13 de Octubre del 2017]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412009000300021&script=sci_artext.
38. González Aller C. La comunicación terapéutica usuario-enfermera en las consultas de atención primaria. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2014 May; 2 (2): 82-92. [Acceso 23 de octubre 2017] disponible en: http://ria.asturias.es/RIA/bitstream/123456789/4661/1/RqR_Primavera2014_Co_municacionTerapeutica.pdf
39. Ortiz B, Pinto A, Herrera B. Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización. En: El arte y la ciencia del cuidado. Bogotá: Unibiblos; 2012.
- 40.-Oliva E, Villa V. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. Justicia Juris, ISSN 1692-8571, Vol. 10. 2014. [acceso 6 de noviembre del 2017] disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>.
41. Zomeño G. Incorporación del familiar del enfermo hospitalizado a los cuidados enfermeros intrahospitalarios. Tesis, 2015.España [acceso 3 de noviembre del 2017] disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/47031/1/tesis_ginesa_zome%C3%B1os.pdf

42. Canga A, Esandi N. La familia como objeto de cuidado: hacia un enfoque integrador en la atención de enfermería. En: González A, Arregui P, Montoro C. editores. Familia y sociedad en el siglo XXI. Madrid: DYKINDON S.L., 2016; 95-102. [Acceso 03 de noviembre del 2017] disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v39n2/16_cartas1.pdf.
43. Berman A, Snyder S. Fundamentos de Enfermería: Conceptos, Proceso y Práctica. 9° Ed. Vol. I. Pearson Educación, Madrid.2013.
44. Goodman S, Rabow M, y Folkman S. Orientación para el cuidado continuo. UCSF.2009. California, USA. [Acceso 8 Noviembre 2017] disponible en http://cancer.ucsf.edu/_docs/crc/Caregiver_GENspanish.pdf.
45. Menéndez B y otros. Citado en: Las familias de los adultos mayores que requieren cuidados. (Acceso 8 de noviembre 2017) disponible en: <http://www.cuidadoresdeancianos.com/cuidadores-de-ancianos/las-familias-de-los-adultos-mayores-que-requieren-cuidados/>
46. Eugenia Urra. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Ciencia y enfermería. [Revista on-line] 2011 [consultado 23 de octubre del 2017]; 17(3). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So717-95532011000300002.
47. Llauradó G. La autonomía del paciente y la responsabilidad del personal de enfermería. Revista de Enfermería, 2013.España [acceso 12 noviembre 2017] disponible en: [enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/download/211/pdf_1](http://www.enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/download/211/pdf_1).
48. Consejo Internacional de enfermeras. Sobre el nuevo ámbito de la práctica de Enfermería, 2016.España. [Acceso 12 noviembre 2017] disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/index/v25n1-2/elucidario.pdf>.
49. Pineda B. Problemas Éticos de la Delegación del Cuidado de Enfermería en Personal Auxiliar de Enfermería. Tesis. Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Enfermería Departamento de Salud Colectiva Bogotá D.C, 2010. (Acceso 31 octubre 2017) disponible en <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2010/DEFINITIVA//tesis15.pdf>.
50. Colegio de enfermeros del Perú: Código de ética y deontología.2014 [acceso 03 de noviembre del 2017]. Disponible en: <http://blogdelilianaherrera.blogspot.pe/2014/01/codigo-de-etica-y-deontologia-del.html>.
51. Quintero MC Cuidado y Práctica de Enfermería: Espiritualidad y Afecto en el Cuidado de Enfermería. Editorial Unibiblos Colombia, 2013.

52. Veloza G, Pérez G. La espiritualidad: componente del cuidado de enfermería. Hallazgos [Internet]. 2009;6(11):151-162. (Acceso 31 octubre 2017) disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=413835199009>.



ANEXO 1

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN - ADULTOS

Datos informativos:

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
 Investigadores : Martínez Gutiérrez, Marcia Daniela
 Título: El Cuidado Enfermero desde la Percepción del Paciente Hospitalizado en el Servicio de Medicina. Hospital Provincial Docente –Belén, Lambayeque. 2017

Propósito del Estudio:

La invito a participar en un estudio llamado: El Cuidado Enfermero desde la Percepción del Paciente Hospitalizado en el Servicio de Medicina. Hospital Provincial Docente –Belén, Lambayeque. 2017. Este estudio se realizará con los siguientes objetivos: Describir, analizar y comprender la percepción del cuidado enfermero en el paciente hospitalizado en el servicio de medicina, lo cual nos permitirá detectar las debilidades y puntos críticos percibidos por el paciente durante la atención, conocer estas apreciaciones, y evaluarlas en su verdadera dimensión, para así poder proponer alternativas viables que brinden mejoras de calidad y humanización del cuidado en el Servicio de Medicina, haciéndolo extensivo a nivel de todo el hospital, en beneficio del paciente, sujeto y razón del cuidado.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollarán los siguientes pasos:

1. Luego de que usted dé su consentimiento, se le realizará algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación, el cual será grabado en un grabador de voz, asignándole un pseudónimo, para proteger su identidad y en un tiempo estimado de 20 minutos. La entrevista puede realizarse en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque.
2. En seguida se procesará la información de manera confidencial y se emitirá un informe general de los resultados, a la institución donde usted trabaja o estudia y a la universidad.
3. Finalmente los resultados serán probablemente publicados en una revista científica.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio.

Algunas preguntas de la entrevista probablemente le traerán recuerdos que le causen en algún momento, nostalgia, tristeza, llanto o algún sentimiento negativo. Sin embargo estaremos para apoyarlo, escucharlo y comprenderlo y de ser necesario suspender la entrevista.

Beneficios:

Se les hará saber que los resultados servirán para acceder a un servicio de calidad y humano para él, ampliado a todos los pacientes.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad:

Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

Deseo conservar la información de sus entrevistas almacenadas en una carpeta Word, con la finalidad de que sirvan como base de datos para otras investigaciones relacionadas con el tema de investigación o como fuente de verificación de nuestra investigación, para lo cual se guardarán por espacio de 3 años, después de los cuales serán borrados. Si otro investigador desearía acceder a los datos obtenidos se hará con el consentimiento del entrevistado, lo cual queda expresarlo en el siguiente recuadro: Autorizo utilizar por otros investigadores los datos que he proporcionado:

SI NO

Se contará con el permiso del Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, cada vez que se requiera el uso de la información.

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, investigador principal.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al teléfono 074-606200 anexo 1138.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo mi participación en este proyecto, también se que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento sin perjuicio alguna hacia mi persona.

Firma del Participante

Nombre:

DNI:

Fecha

Firma del Investigador

Nombre: Marcia Daniela Martínez Gutiérrez

DNI: 47188359

Teléfono Móvil: #955882091

Fecha



ANEXO 2

GUIA DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA APLICADA A PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HPDBL

La presente entrevista se realizará como parte de la recolección de datos para la ejecución de la investigación “**El Cuidado Enfermero desde la Percepción del Paciente Hospitalizado en el Servicio de Medicina. Hospital Provincial Docente –Belén, Lambayeque. 2017**”, tiene como objetivos: Describir, analizar y comprender la percepción del cuidado enfermero en el paciente hospitalizado en el Servicio de Medicina del HPDBL. Su participación es voluntaria y toda información que Ud. Proporcione se mantendrá en reserva; para ello se le solicita escoger un seudónimo con el que se le identificara para cualquier pregunta adicional, le solicito que sus respuestas, sean dadas con la más amplia libertad y veracidad, ya que solo se utilizarán para la investigación, y los resultados servirán para mejorar su cuidado en el futuro. Se le agradece anticipadamente su colaboración y participación.

I. DATOS PERSONALES:

Seudónimo:

Edad

Sexo:

Nivel de instrucción:

Ocupación:

Lugar de procedencia:

Días de hospitalización:

II. PREGUNTAS PARA LA INVESTIGACIÓN:

1. ¿Podría describir usted cómo fue el cuidado que le brindó la enfermera durante su hospitalización? (en relación a las necesidades afectadas físicas, emocionales, espirituales y de comunicación)
2. ¿Cree Ud. que los cuidados brindados por la enfermera le han ayudado en la recuperación de su salud? Explíqueme cómo?
3. ¿Cómo fue el trato que tuvo la enfermera hacia Ud. y su familiar?

4. ¿Según su opinión, qué debería cambiar, en el cuidado que le brinda la enfermera?
5. ¿Ahora que está de alta, relátenos de qué manera le ha preparado la enfermera a Ud. y su familia, para continuar sus cuidados en casa?
6. Desea agregar algo más.