

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**EXPERIENCIAS DE ENFERMERAS APLICANDO EL MODELO DE  
ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD BASADO EN FAMILIA Y  
COMUNIDAD MICRORED- LAMBAYEQUE, 2020**

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

**AUTOR**

**ROSA ELIZA FERNANDEZ RUIZ**

**ASESOR**

**ANGELICA SOLEDAD VEGA RAMIREZ**

<https://orcid.org/0000-0001-7877-1436>

**Chiclayo, 2021**

**EXPERIENCIAS DE ENFERMERAS APLICANDO EL MODELO  
DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD BASADO EN FAMILIA Y  
COMUNIDAD MICRORED-LAMBAYEQUE, 2020**

PRESENTADA POR  
**ROSA ELIZA FERNANDEZ RUIZ**

A la Facultad de Medicina de la  
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo  
para optar el título de

**LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

APROBADA POR

Mirian Elena Saavedra Covarrubia  
PRESIDENTE

Flor De María Mogollón Torres  
SECRETARIO

Angelica Soledad Vega Ramirez  
VOCAL

## **Dedicatoria**

A mis padres María e Idonil por su apoyo incondicional desde el inicio hasta el final de mi carrera universitaria y por haberme forjado buenos valores y ser la persona que soy actualmente. A mis 6 hermanos Roger, Luis, Silvia, José, Dalila, Magaly, por darme ánimo a seguir a delante y nunca rendirme; todos mis logros se los debo a mi familia y uno de ellos es este, los amo.

## **Agradecimientos**

A Dios por darme la vida, salud, guía y fortaleza para el logro de mis metas. A mi querida asesora la Mtro. Angelica Soledad Vega Ramirez por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico para llevar a cabo esta investigación. A los jurados la Doc. Mirian Dra. Mirian Saavedra Covarrubia y a la Mtro. Flor De María Mogollón Torres, que gracias a sus sugerencias permitieron enriquecer esta investigación. A beca 18 por permitirme estudiar una carrera tan hermosa, a todos los docentes que me brindaron sus enseñanzas y a la universidad USAT por haberme acogido durante 5 años.

## Índice

<b>Resumen .....</b>	<b>5</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>6</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>7</b>
<b>Revisión de literatura.....</b>	<b>9</b>
<b>Materiales y métodos .....</b>	<b>11</b>
<b>Resultados y discusión .....</b>	<b>15</b>
<b>Conclusiones .....</b>	<b>41</b>
<b>Recomendaciones .....</b>	<b>42</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>43</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>52</b>

## Resumen

El MAIS-BFC es un conjunto de procesos que involucra estrategias, procedimientos, organización, que buscan responder a las necesidades de salud de todas las personas. Investigaciones evidencian escasas de enfermeras especialistas en (APS) ya que un 77,2% solo cuenta con estudios de pregrado. Además, existen ciertas barreras que restringen la labor de enfermería. En ese sentido, esta investigación cualitativa de abordaje descriptivo, tuvo como objetivo, describir y analizar las experiencias de enfermeras aplicando el modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad, en la Microred-Lambayeque conformado por: 2 centros y 2 puestos de salud. La muestra se saturó con 8 enfermeras, los datos se recolectaron con la técnica de entrevista y el instrumento de recolección fue una guía de entrevista semiestructurada, los datos se procesaron mediante la técnica de análisis de contenido y se tomó en cuenta los principios éticos y de rigor científico. Se obtuvo 5 categorías: Concepción del modelo desde la experiencia profesional; Entendiendo al modelo como un intento de romper los paradigmas en el cuidado a la persona, familia y comunidad; Experiencias en la aplicación del modelo de atención integral en salud por etapa de vida; Individualizando las experiencias al desde los sentimientos al aplicar el MAIS-BFC; Limitantes percibidas en la aplicación del MAIS-BFC desde la experiencia del profesional de enfermería. Concluyendo: El MAIS-BFC, ha sido aplicado en todas las etapas de vida, sin embargo, limitantes como, falta de insumos, emociones negativas, aspectos culturales, etc. Han sido generadores de una implementación inadecuada de dicho modelo.

Palabras clave: Atención integral, enfermera (D003020), atención primaria (D011320), experiencia (D008016).

### **Abstract**

The MAIS-BFC is a set of processes that involves strategies, procedures, organization, that seek to respond to the health needs of all people. Research shows a shortage of specialist nurses in (PHC) since 77.2% only have undergraduate studies. In addition, there are certain barriers that restrict nursing work. In this sense, this qualitative research with a descriptive approach, aimed to describe and analyze the experiences of nurses applying the comprehensive health care model based on family and community, in the Micro-Lambayeque network, made up of: 2 centers and 2 nursing posts. Health. The sample was saturated with 8 nurses, the data was collected with the interview technique and the collection instrument was a semi-structured interview guide, the data was processed using the content analysis technique and the ethical and ethical principles were taken into account. scientific rigor. 5 categories were obtained: Conception of the model from professional experience; Understanding the model as an attempt to break the paradigms in the care of the person, family and community; Experiences in the application of the comprehensive health care model by stage of life; Individualizing the experiences from the feelings when applying the MAIS-BFC; Perceived limitations in the application of the MAIS-BFC from the experience of the nursing professional. Concluding: The MAIS-BFC has been applied in all stages of life, however, limitations such as lack of inputs, negative emotions, cultural aspects, etc. They have been generators of an inadequate implementation of this model.

Keywords: Comprehensive care, Nurse (D003020), primary care (D011320), experience (D008016).

## Introducción

La atención en salud, vista desde el ámbito profesional ha ido evolucionando sustancialmente durante los últimos años, esto se debe a que cada vez se están buscando realizar intervenciones que respondan a las necesidades de salud, de la persona, familia y comunidad. Asimismo, en lo que a servicios de salud se refiere, los modelos de atención actuales procuran que, más allá de tratar situaciones médicas, se establezcan intervenciones que protejan de forma más inclusiva las necesidades de salud en el espacio de la familia y la comunidad <sup>1</sup>.

El modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad (MAIS-BFC), es un método basado en prácticas de salud, con un abordaje biopsicosocial direccionado a los individuos enfermos y con buenas condiciones de salud, poniendo énfasis en la dimensión preventivo-promocional, incluyendo la participación comunitaria. También, tiene como finalidad restablecer el estado de salud de toda población y conseguir la equidad en el acceso a la atención integral. De igual modo, tiene como objetivo el desarrollo de intervenciones dirigidas a la familia, debido a que, es esta la responsable de la salud de cada uno de sus integrantes, puesto que es aquí, donde se aprende, se vive y fortalece estilos de vida, que pueden ser positivos o negativos para la salud, por lo que, deben ser identificados e intervenidos por los profesionales de salud que laboran en un establecimiento <sup>2</sup>.

De igual forma, el MAIS-BFC se encarga de orientar la disposición de los establecimientos de salud, el proceso de sus actividades, alianzas de complementación que se establecen con otros sectores de salud y la manera como el estado influye en el ámbito sanitario de la población en el país. En ese sentido, este modelo busca anticiparse a las dificultades de salud de la población, así como también fortalecer la atención primaria en los establecimientos, porque es en este nivel, donde se resuelve el 70% y 80% de las necesidades de la población <sup>1,2</sup>.

Es importante mencionar que la aplicación del MAIS-BFC se realiza a través de un conjunto de actividades que se caracterizan por ser activo, manejable y comunicativo, que no solo requiere del nivel de desarrollo de los elementos de prestación, organización, gestión y financiamiento, sino también, de la capacidad especializada del personal de salud, sin olvidar la parte afectiva, creativa y práctica para la implementación de este modelo, con la finalidad de lograr un exitoso resultado<sup>3</sup>.

A pesar de conocer que la instauración del MAIS-BFC es beneficiosa en términos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, existen barreras que dificultan la implementación de esta estrategia en el primer nivel de atención, pues, según la Organización Panamericana de Salud citado por Rubio<sup>4</sup>, existe escasez de profesionales de enfermería especialistas en dicho nivel y aplicación de sistemas de salud, ya que un 77,2% de los profesionales solo cuenta estudios de pregrados. Entre otros factores que restringen la labor del personal de enfermería, están las características propias de cada familia, como aspectos culturales, educación, nivel socioeconómico, accesibilidad a los servicios, desconocimiento de prácticas saludables. De igual modo, la falta de conocimiento, habilidades sociales, poca experiencia, falta de tiempo, presencia de emociones negativas, interferencia con otros profesionales, por parte del personal de enfermería, frustraciones por falta insumos que impiden el alcance de los objetivos trazados, debilidad en el cumplimiento de actividades relacionadas con el modelo, infraestructura inadecuada sin contar con espacios apropiados para brindar atención integral, todo estas limitantes, influyen directamente en aplicación de este modelo <sup>4,5,6</sup>.

Por otro lado, con respecto a la temática descrita anteriormente, existen estudios realizados en los últimos 5 años, que en su mayoría son de tipo cuantitativos, estos están orientados a atributos y características de los principios, nivel de satisfacción, percepción de competencias en los profesionales, todos enfocados en el MAIS-BFC. Los resultados encontrados indican que la atención en salud, debe regirse en un sistema biopsicosocial integrando todos los elementos que se relacionan con los problemas de salud de las personas; también, la satisfacción de la población es de un nivel insuficiente debido a que las actividades realizadas no llegan hasta zonas más lejanas, de igual modo el conocimiento, liderazgo y trabajo en equipo en los profesionales de salud viene siendo deficiente en cuanto a realizar todas las estrategias que rige dicho modelo <sup>7,8,9</sup>.

Mientras tanto, en el Perú, investigaciones realizadas respecto al mencionado modelo, consideraron aspectos como: factores socioculturales, implementación, propuesta y gestión de mejoras, actitudes del profesional de enfermería, nivel de conocimiento. En definitiva, los autores manifiestan en sus resultados que existe deficiente implementación, gestión e institucionalidad de dicho modelo en los centros de salud <sup>10,11</sup>. También se evidenció que los factores socioculturales como: tasa de analfabetismo, densidad profesional, participación social organizada, influyen directamente en el nivel de implementación de dicho modelo <sup>12</sup>. Además, se ha evidenciado que las actitudes y el conocimiento por parte de las enfermeras son positivas frente a dicho modelo <sup>13</sup>.

De similar manera, en Lambayeque, existen Microredes de salud, donde el enfoque preventivo-promocional brindado por la enfermera del primer nivel de atención hacia la población es limitada por diversos factores que se presentan en el contexto. Asimismo, hace 7 años se realizó la única investigación que obtuvo como resultado que las enfermeras experimentaron un crecimiento personal y profesional, asumiendo retos, emociones, sentimientos; reconociendo que se necesita el aumento de enfermeras en el campo comunitario, del mismo modo el principal obstáculo para la implementación, es el factor económico <sup>14</sup>.

En consecuencia, la labor del profesional de enfermería es fundamental con respecto a la implementación, gestión y planificación en los servicios de atención primaria en salud, donde las principales funciones que realiza se relacionan con los planes asistenciales, administrativos, docentes e investigativos. Por ello, es necesario conocer las experiencias vividas del profesional de enfermería, generadoras de conocimientos, en el planeamiento de un sistema de salud, la cual abarca la aplicación de estrategias sanitarias con el fin de lograr mejorar la prestación de servicios.

Dicho esto, la investigación, tuvo como propósito responder a la siguiente interrogante, ¿Cómo son las experiencias de enfermeras aplicando el modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad? Microred-Lambayeque 2020? Y como objetivo, describir y analizar las experiencias de enfermeras aplicando el modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad Microred-Lambayeque, 2020.

Además, se justifica en razón, de que el MAIS-BFC es de suma importancia, porque, en sus estrategias y programas que este propone se busca responder a las diferentes necesidades de salud de la persona, familia y comunidad, teniendo en cuenta la participación de la enfermera especialista en atención primaria en salud<sup>3</sup>. Además, en diferentes investigaciones se ha demostrado que existen ciertas barreras que restringen la labor del personal de enfermería, como aspectos culturales, educación, nivel socioeconómico, acceso a servicios de salud, desconocimiento de prácticas

saludables<sup>11,12</sup>. De igual modo, las dificultades de la enfermera en la aplicación de los modelos de atención, se relacionan con la falta de conocimiento, falta de habilidades de comunicación, poca experiencia, falta de tiempo, presencia de emociones negativas, interferencia con otros profesionales<sup>5,6,13</sup>, es ahí la importancia de sistematizar las experiencias de las enfermeras de atención primaria en salud, que laboran en una Microred donde se presume se viene aplicando el MAIS-BFC, poniendo énfasis en la promoción prevención de la salud en todas las estrategias que esta propone.

Los resultados encontrados sirven para que los profesionales de enfermería y todos los profesionales que ejercen en el primer nivel de atención, inicien estrategias que contribuyan en la mejor manera de implementar este modelo. También, contribuirá con aportes para instituciones formadoras de profesionales de salud y para los gestores en salud al establecer políticas públicas y por último incentivar a la continua investigación sobre la temática propuesta para así minimizar el vacío científico de investigaciones futuras orientadas al MAIS-BFC.

## **Revisión de literatura**

Para elaborar el marco teórico de la presente investigación, se realizó una minuciosa revisión bibliográfica, utilizando diversos autores para profundizar y delimitar el objeto de estudio. Frente a ello, se tuvo en cuenta los siguientes términos: Experiencias, enfermería, modelo de atención integral de salud, familia, comunidad.

Se define experiencia a la habilidad o conocimiento de algo que se adquiere por haberlo realizado y vivido de una a más veces. Es decir, las experiencias que cada individuo adquiere, está formado por una serie de sensaciones que luego son ordenadas por la mente, ya que, es un hecho singular que cada vez que se produce es algo único e irreplicable. Cabe mencionar que, la persona no solo obtiene experiencias de el mismo si no también de otras, porque al interactuar con otras personas adquiere mayor experiencia, haciendo más enriquecido el conocimiento de la realidad<sup>15</sup>.

Asimismo, el intelecto del individuo se obtiene a través de la experiencia, por lo cual, es comprendida como un proceso primario y vivencial, en el que la persona se relaciona con el entorno. De modo que, es entendida como una actividad personal que abarca todas aquellas dimensiones que tiene el individuo: sentimientos, lo somático, la energía, y la autodeterminación<sup>16</sup>. Ante lo mencionado, en el ámbito de la salud las experiencias se realizan dentro y fuera del entorno laboral, al prestar servicios de salud al individuo, familia y comunidad. Es por ello, que las experiencias se adquieren en el día a día de la labor enfermero, al interactuar directamente con la persona, familia y comunidad, para identificar las diferentes necesidades de salud<sup>12</sup>.

Para fines de este estudio, experiencia ha sido concebida como todo acontecimiento que las enfermeras han sentido, conocido o presenciado durante la aplicación del modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad, desarrollando los programas y estrategias en la atención brindada al niño sano, adolescentes, adulto, adulto mayor, familia y comunidad, de las cuales obtienen conocimientos y habilidades, de igual modo abarca dimensiones como: sentimientos, actitudes, pasiones, emociones y autodeterminación.

Para la teórica Ray, citada por Raile<sup>17</sup>, la enfermería es aquella quien proporciona un cuidado holístico, racional, espiritual y ético, encaminado a buscar el bien propio y el ajeno en comunidades, organizaciones y culturas, de igual manera, menciona que el cuidado proporcionado será de manera transcultural, en el que incluye creencias, aplicación de valores, justicia o equidad, estos, tiene un significado importante en el ámbito social ya que, es aquí donde se forman y se transforman las relaciones que se generan entre la enfermera y su entorno. En definitiva, la enfermera es la pieza clave de reformas sanitarias en la sociedad, que se conseguirá mediante la aplicación de estrategias de manera disciplinada, para brindar un cuidado con excelencia<sup>17</sup>.

Por otro lado, la Organización Mundial de Salud (OMS), define a la enfermera como la profesional de salud que brinda atención de manera holística a la persona, familia y comunidad abarcando las realidades de su entorno, de igual modo esta profesión se ejerce en diferentes áreas de salud, pero para esta investigación se tomará en cuenta la descripción de la enfermera de atención primaria en salud. La asistencia esencial de esta especialidad está basada en la aplicación de métodos, prácticas y estrategias de prevención y promoción de la salud, en busca de mejorar las condiciones de salud de toda la población<sup>18</sup>. Del mismo modo, las prácticas ejercidas por la profesional de enfermería deben estar fundamentadas de manera científica y aceptada por la sociedad, además que esté al alcance de toda la población, mediante su plena participación y a un coste al alcance de todos, con un enfoque de responsabilidad y autodeterminación<sup>19</sup>.

Es importante recalcar que, la participación de la enfermera en el primer nivel de salud es fundamental para la implementación de lo establecido en el MAIS-BFC, que es, un conjunto de procesos que involucra estrategias, procedimientos y organización, con la finalidad es responder a las necesidades de salud de todas las personas, de igual modo, favorecer la calidad de prestación de los servicios de salud<sup>1</sup>. Dicho modelo es el encargado de encaminar la manera de como los servicios de salud realizan sus actividades sanitarias, también, como los diferentes sectores se complementan, de modo, que busque la participación de toda la población<sup>11,20</sup>.

La participación familiar, en el actuar enfermero es fundamental para que esta pueda cumplir con los todos los objetivos sanitarios propuestos. La familia se define como, individuos que forman parte de un hogar, que se encuentran emparentados con lazos de consanguinidad, adopción y matrimonio<sup>21</sup>. Asimismo, es en el seno familiar donde se nace, disfruta, adquiere valores y aprendizaje social. Cabe mencionar, que cuando la familia se encuentra en un estado óptimo de salud todo se refleja con felicidad, en cambio, cuando se manifiestan los problemas de salud, se refleja una serie de preocupaciones, y es en ese momento donde la familia se centra en la búsqueda de métodos sanitarios para buscar soluciones<sup>22</sup>.

Es por ello que el MAIS-BFC establece un programa de atención integral a la familia (PPOFAM), en ella se aborda una serie necesidades de salud de la familia, incentivando a establecer comportamientos saludables y mecanismos de prevención en cada uno de los integrantes de la familia. Cuyo objetivo principal es contribuir a mejorar de manera efectiva a mejorar las condiciones de salud de la persona y su desarrollo integral, permitiendo así, incrementar su calidad de vida y expandir sus roles como miembros activos de la familia y comunidad, contribuyendo de esta manera al desarrollo del país<sup>1</sup>.

Finalmente, la comunidad y su entorno, son parte importante de la realidad de la persona y su contexto. Por lo que, comunidad es un conjunto de personas que tiene intereses y necesidades

comunes en salud. Asimismo, es un concepto filosófico que indica el propósito enfermero, en el aspecto de situar al individuo en el contexto en el que vive<sup>22</sup>. En el ámbito de la atención primaria en salud, el trabajo que la enfermera realiza, es empleada poniendo énfasis en la promoción de salud, que consiste en la realización de actividades preventivas dirigidas a la población en conjunto con todo el equipo de salud, en las estructuras de la comunidad que lo requiera<sup>18</sup>.

## **Materiales y métodos**

La presente investigación tuvo un enfoque cualitativo<sup>23</sup>. Lo que permitió profundizar en la realidad del objeto de estudio.

Esta investigación siguió el abordaje metodológico de tipo descriptivo<sup>23</sup>, de manera que, se recolectó y analizó información con respecto a eventos, comportamientos, creencias, actitudes y procesos más relevantes del fenómeno estudiado, en este caso se pretendió profundizar y comprender las experiencias de las enfermeras aplicando el modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad.

Los sujetos de estudio fueron las enfermeras que laboran en los establecimientos de salud perteneciente a la Microred Lambayeque, siendo la población un total de 21 enfermeras, de modo que, se tomó en cuenta criterios de selección<sup>23</sup>. Las enfermeras que participaron en esta investigación contaron con los siguientes criterios de inclusión: enfermeras nombradas, contratadas por cualquier modalidad, experiencia laboral mayor de 6 meses, enfermeras que deseen participar en este estudio.

Asimismo, los criterios de exclusión fueron: Enfermeras serunistas, con licencia (enfermedad, maternidad) y la enfermera que participa como jurado de esta investigación. Además, la muestra se determinó según criterios de saturación y redundancia<sup>23</sup>, ya que, se dejó de entrevistar cuando los datos recolectados además de responder a la pregunta de investigación, tuvieron respuestas similares o repetitivas y ya no se encontraron nuevos datos. Considerando todo lo mencionado finalmente la muestra se delimitó con 8 enfermeras. En cuanto al muestreo fue no probabilístico<sup>24</sup>, por conveniencia porque se requirió de la participación de profesionales conocedores del fenómeno de estudio<sup>25</sup>, además permitió seleccionar a los participantes que de manera voluntaria acepten formar parte del estudio.

## **CARACTERIZACIÓN DE SUJETOS DE ESTUDIO**

DATOS GENERALES	EDAD	ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE LABORA		CONDICIÓN LABORAL		TIEMPO DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
		C.S	P.S	Nombrado	Contratado	
CODIGOS INFORMANTES						
0001	58	x		x		32 años
0002	43	x		x		19 años
0003	54	x		x		30 años
0004	55	x		x		25 años
0005	61	x		x		24 años
0006	61	x		x		25 años
0007	37	x		x		12 años
0008	37	x		x		7 años

El escenario<sup>23</sup> en donde se desarrolló la presente investigación fue en los establecimientos de salud que pertenecen a la Mirrored- Lambayeque: Centro de salud Toribia Castro Chirinos categoría I-4, cuenta con 11 enfermeras, Centro de Salud San Martín categoría I-2 cuenta con 8 profesionales de enfermería, Puesto de salud Muy Finca Punto 09 categoría I-1, cuenta con 1 enfermera, y, Puesto de salud Sialupe Huamantanga, categoría I-1, cuenta con 1 enfermera.

Dicho escenario se seleccionó porque las instituciones mencionadas están enfocadas en la atención primaria de salud, significa que ofrecen servicios con enfoque preventivo promocional a la persona familia y comunidad mediante el uso de las estrategias establecidas en el MAIS-BEFC, los cuales son: programa nacional de formación en salud familiar y comunitaria (PROFAM), provisión de paquetes de atención integral a la persona familia y comunidad intramural y extramural, organización de los equipos básicos de salud, organización del sistema de vigilancia comunal, elaboración de planes locales de atención de salud, adecuación de los servicios de salud para la atención integral basada en la familia y la comunidad, etc<sup>1</sup>.

Para la recolección de datos, se empleó la técnica de entrevista semi-estructurada<sup>26</sup>, cuyo fin fue obtener datos sumamente confiables del fenómeno de estudio, esta técnica se utilizó mediante el uso de un instrumento que fue una guía de entrevista semi-estructurada (VER ANEXO N° 1). Las interrogantes que se realizaron fueron preparadas anticipadamente, pero durante la entrevista se fueron incorporando nuevas preguntas para así poder precisar la información<sup>23</sup>, las interrogantes fueron estructuradas de acuerdo a las dimensiones del objeto de estudio.

La guía de entrevista que se utilizó, fue validada a través de juicio de expertos<sup>27</sup> (VER ANEXO N°2), que estuvo conformado por 4 enfermeras, la primera cuenta con grados de magíster en

ciencias de la salud 18 años de experiencia en atención primaria de salud y 12 años ejerciendo como docente, la segunda con doctorado en enfermería y 15 años de servicio, la tercera con maestría en enfermería y 24 años de servicio y por último la cuarta cuenta con maestría en bioética además con especialidad en salud familiar y comunitaria. Además, es importante acotar que las mencionadas expertas se seleccionaron porque se encuentran laborando en establecimientos de salud, donde brindan atención primaria en salud y se ha venido aplicando el MAIS-BFC. Asimismo, se realizaron modificaciones en la estructuración de las preguntas agregando 7 preguntas más, de modo que estén direccionadas al objetivo de estudio, según sugerencias de las expertas antes mencionadas.

Por otro lado, debido a la situación actual que atraviesa el Perú y varios países en el mundo por la pandemia por el virus COVID-19, la forma de recolección de datos presentada en el proyecto de tesis fue modificada, por lo que, la entrevista se desarrolló mediante 2 modalidades, vía virtual (plataforma Zoom) y llamadas telefónicas. El tiempo que duró la entrevista fue un promedio de 30 minutos, las cuales fueron grabadas y guardadas, con el objetivo de posibles auditorias futuras, esto permitió cumplir con el criterio de credibilidad<sup>28</sup>.

La presente investigación fue registrada en el sistema de gestión de investigación de la Universidad Católica de Santo Toribio de Mogrovejo, luego se presentó al comité metodológico (jurado) de la escuela de enfermería para su aprobación y sugerencias del caso, teniendo en cuenta el cumplimiento de las pautas sugeridas en la lista de cotejo establecida por la asignatura (VER ANEXO N° 3), posteriormente se presentó al comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina quien otorgó la resolución N° 296-2020 (VER ANEXO 4) de dicha investigación declarándolo apto para su ejecución, al igual que, al comité de ética del Centro de Salud Toribia Castro Chirinos, por ser el único centro de salud de la Microred Lambayeque que lo tiene.

Una vez aprobada se solicitó el permiso de la Escuela de Enfermería para emitir el documento correspondiente al gerente de la GERESA, de igual forma a los gerentes de cada establecimiento de salud, al centro de salud Toribia Castro Chirinos, Centro de Salud San Martín, puesto de salud Muy Finca Punto 09 y puesto de salud Sialupe Huamantanga.

Por otro lado, se desarrolló la prueba piloto, utilizando la guía de entrevista a dos participantes, para el cual se consideró a 2 profesionales de enfermería de la Microred San José, puesto que, los establecimientos de salud de la mencionada Microred, cuenta con similares características del escenario en que se desarrolló la investigación. Cabe mencionar que, esta prueba fue desarrollada antes de la pandemia por el virus COVID 19, además, no se realizó ninguna modificación en el instrumento, puesto que las preguntas realizadas fueron claras y entendibles para los participantes.

Luego, la investigadora se contactó con las jefas de enfermeras de los establecimientos de salud de la Microred Lambayeque (vía telefónica), con la finalidad de obtener los números telefónicos de los profesionales de enfermería que laboran en mencionada Microred. A posteriori, se contactó vía telefónica con los participantes y se les explicó la finalidad del estudio, de igual modo se hizo mención que la información brindada será confidencial, por lo que, se usará códigos con la finalidad de proteger su identidad y que para participar era necesario aceptar el consentimiento informado verbalmente (VER ANEXO 5). Posteriormente, se coordinó fechas, horarios y la modalidad (vía zoom o llamada telefónica) según disposición de los participantes e investigadora.

De igual forma, para dar cumplimiento con el criterio de confirmabilidad<sup>28</sup>. Se realizó la transcripción de las entrevistas y luego fueron enviadas vía correo a las participantes, para que puedan corroborar la información mencionada en la entrevista, esto también, permitió a la investigadora corregir o agregar información incompleta. Sin embargo, que no hubo retorno de las entrevistas enviadas por parte de ninguna de las participantes.

Es importante mencionar algunas limitaciones que se tuvo al recolectar los datos: algunas participantes no contaban con tiempo disponible por asuntos laborales o no brindaban sus números telefónicos por la desconfianza de la modalidad de la entrevista planteada, otro fue el uso de tecnología, por lo que en algunas entrevistas hubo interferencias con la señal de internet, así como también con la señal en las llamadas. Para la cual, la investigadora coordinó con aquellas participantes que tenían estas interferencias el día y la hora en que contarán con una óptima cobertura, y en aquellas que se les interrumpió la entrevista se les volvió a llamar y completó dicha entrevista.

Los datos obtenidos de las entrevistas fueron analizados mediante la técnica análisis de contenido, la cual permitió evaluar e interpretar la información obtenida por los sujetos durante la aplicación de la entrevista, teniendo en cuenta las tres etapas de este proceso: el pre-análisis, codificación y categorización <sup>23,25</sup>.

En el pre-análisis, se organizó la información obtenida de las entrevistas que se le aplicó a los profesionales de enfermería, para lo cual se tuvo que revisar todos los datos obtenidos y escuchar las grabaciones las veces necesarias, hasta lograr entender lo expresado, con la finalidad de comprender la situación encontrada. Con lo que respecta a la codificación, la investigadora clasificó los datos obtenidos con fines de la investigación, transformando las frases o discursos en datos útiles para luego asignarles un código. Por último, en la etapa de categorización se agruparon todos los códigos (8 códigos) en categorías que guarden cierta similitud entre sí, de acuerdo con el objetivo del estudio<sup>23</sup>.

Según el informe de Belmont<sup>29</sup>, la presente investigación cuenta con el informe del software anti plagio turnitin menor del 30% (VER ANEXO N°6), además se ejecutó con la previa aprobación del Comité de Ética de la universidad y del centro de salud Toribia Castro Chirinos, de igual manera, se tuvo en cuenta los permisos de todos los establecimientos de salud de la Microred Lambayeque. Así mismo, se tuvo en cuenta las consideraciones éticas personalistas, como, el principio del valor fundamental de la vida, porque, los participantes no estuvieron expuestos a ningún riesgo, además el principio ético de no maleficencia, ya que, se respetó en todo momento la dignidad de cada uno de ellos.

Asimismo, se tuvo en cuenta la libertad y autonomía de los participantes, a quienes se les informó el propósito de la investigación y para la cual tuvieron que firmar el consentimiento informado de manera voluntaria, todos los participantes aceptaron que se les realice la entrevista, pero, 2 participantes se tomaron un tiempo para pensar y aceptar, ya que tuvieron dudas de la modalidad planteada. Del mismo modo, se mantuvo la confidencialidad de los datos recolectados, por lo que, se hizo el uso de códigos para proteger su identificación y no afectar de ninguna manera su

bienestar. Además, los audios y transcripciones recolectados solo serán utilizados con fines investigativos y conservados por un periodo de 3 años, posterior a ello serán eliminados.

## **Resultados y discusión**

Esta investigación busca describir y analizar las experiencias del profesional de enfermería respecto a la aplicación del MAIS-BFC, para la cual se contó con la participación de 8 enfermeras todas con experiencias en la atención primaria de salud, que durante sus años de labor en este nivel, han venido aplicando las estrategias establecidas en dicho modelo, y por ende han vivenciado diversas situaciones tanto positivas como negativas, esto permite a la investigadora abordar el tema de investigación y contestar los objetivos planteados.

Con la realización del procesamiento de los datos, se obtuvo aspectos significativos acerca de las experiencias de los profesionales de enfermería en cuanto a la aplicación del MAIS-BFC, en la cual se resaltan las siguientes categorías y subcategorías, asimismo se han considerado los discursos más significativos.

## **RESULTADOS**

A) CATEGORIA I: Concepción del modelo desde la experiencia profesional

B) CATEGORIA II: Entendiendo al modelo como un intento de romper los paradigmas en el cuidado a la persona, familia y comunidad

C) CATEGORIA III: Experiencias en la aplicación del modelo de atención integral en salud por etapa de vida

- SUB-CATEGORIA 3.1: Incorporando estrategias para mejorar el acceso al paquete de atención integral del niño.
- SUBCATEGORIA 3.2: Intervenir en los colegios, la mejor alternativa para brindar el paquete integral al adolescente
- SUBCATEGORIA 3.3: Promoviendo una cultura de salud en los adultos y adulto joven al brindar el paquete de atención integral
- SUBCATEGORIA 3.4: Experiencias satisfactorias al brindar el paquete de atención integral al adulto mayor.

D) CATEGORÍA IV: Individualizando las experiencias desde los sentimientos al aplicar el MAIS-BFC

- SUBCATEGORIA 4.1: Vivenciando sentimientos positivos al aplicar el modelo de atención.
- SUBCATEGORIA 4.2: Vivenciando sentimientos negativos al aplicar el modelo de atención

E) CATEGORIA V: Limitantes percibidas en la aplicación del MAIS-BFC desde la experiencia del profesional de enfermería

- SUBCATEGORIA 5.1: Necesidad de capacitación y abastecimiento de insumos
- SUBCATEGORIA 5.2: Tiempo insuficiente para la implementación adecuada del MAIS-BFC
- SUBCATEGORIA 5.3: Influencia de aspectos familiares y culturales en la aplicación del MAIS-BFC

A) CATEGORIA I: Concepción del modelo desde la experiencia profesional

La RAE, define al término concepción como el conjunto de ideas que se adquiere ante una determinada cosa o situación. Es decir que, ante un evento significativo como una experiencia que pasa una persona obtendrá una definición clara de esa situación vivida<sup>30</sup>. Es por ello que podemos explicar lo siguiente, las enfermeras del estudio han venido implementando el MAIS-BFC desde el año 2011, lo cual ha permitido adquirir que a través de sus experiencias vividas, obtengan un concepto claro de lo que es el modelo. En ese sentido, es preciso mencionar que un Modelo de Atención en Salud se presenta como una manera de representación óptima a las necesidades de salud de una población, porque constituye un conjunto de políticas, sistemas, procesos e instrumentos que se tienen en cuenta para garantizar la atención de salud de la persona, familia y comunidad con el propósito de satisfacer sus necesidades<sup>31</sup>, las cuales están basadas en un enfoque biopsicosocial que toma a la persona no solo por su proceso de enfermedad sino que, también cuando este goce de buenas condiciones de salud, poniendo énfasis en la dimensión preventivo-promocional, incluyendo la participación comunitaria.<sup>2</sup>

Al respecto, según estudios realizados, se ha evidenciado que la Atención primaria, se ha centrado en la búsqueda por conseguir cambios saludables en las personas, asimismo en el Perú, el Ministerio de Salud toma al primer nivel como un cimiento para la aplicación del MAIS-BFC y a la participación de la enfermera como un eje fundamental para el logro de los objetivos que demanda el modelo, además de buscar experiencias positivas, capaces de lograr en el profesional un crecimiento en sus conocimientos<sup>12</sup>. De igual modo, en Chile se ha venido aplicando el modelo de atención integral enfocado en la salud familiar y comunitaria, donde el profesional de enfermería a través de sus experiencias ha logrado obtener seguridad y satisfacción en la ejecución de sus roles, como parte de sus habilidades en el ámbito del saber<sup>4</sup>. Por otra parte, en un estudio realizado en Uruguay, se reafirma la importancia de la enfermera del primer nivel, para impulsar la realización de las actividades frente a las necesidades de la población, así como, genera en ellas identificación como asesoras en planificación sanitaria y como representantes del equipo sanitario<sup>32</sup>.

Las enfermeras de este estudio, manifiestan en sus discursos que se ha entendido al MAIS-BFC como una estrategia, establecida por el ministerio de salud, con la finalidad de direccionar las actividades preventivas-promocionales, los procedimientos y los instrumentos a utilizar por el personal de salud, teniendo en cuenta un enfoque biopsicosocial, para intervenir con en actividades de promoción, prevención y rehabilitación de la enfermedad:

*“...Es una estrategia sanitaria que estableció el ministerio de salud para direccionar todas las actividades preventivas promocionales, trazando estrategias, procedimientos, instrumentos que todo profesional de salud debe seguir para abordar los problemas de salud familiar, individual” (0002).*

*“Este modelo es abordado con un enfoque biopsicosocial que se le brinda a la persona, familia y comunidad en todas las actividades de promoción, prevención, prevención y rehabilitación de su enfermedad” ... (0005).*

Refieren además que, a partir de sus experiencias, han conceptualizado al MAIS-BFC como un proceso a seguir en las intervenciones a la persona y su entorno, donde se evalúa al paciente no solo por el motivo de consultas sino también para el reconocimiento de sus necesidades y factores de riesgo, refiriendo que el entorno juega un papel muy importante en el mantenimiento de la salud de la persona, por lo que el modelo busca articular todas las actividades dirigidas a la persona y su entorno:

*“... es un proceso que se ha seguido y donde se brinda la atención a la persona, no solo por el motivo de consultas sino en el reconocimiento de sus necesidades, que extiende a la familia y comunidad, viendo los factores de riesgo”. (0006).*

*“El MAIS es intervenir al paciente, su entorno y familia, ya que el entorno ejerce una influencia muy fuerte en el estado de salud, por lo que este modelo busca articular las actividades dirigidas no solo al paciente, sino también enfocar a la familia y comunidad”. (0007)*

En resumen, se entiende que el MAIS-BFC es un modelo representativo a modo de respuesta óptima a las necesidades de salud de la población, describiéndose como un conjunto de políticas, sistemas, procesos e instrumentos que articulados garantizan la atención de salud. De igual forma, este modelo permite la equidad en su aplicación, lo que significa, que las atenciones brindadas están dirigidas a todos los grupos poblacionales teniendo en cuenta su etapa de vida<sup>31</sup>, es por ello que las profesionales de enfermería obtienen experiencias de lo vivido al momento de brindar atención a la persona en todas sus etapas. En relación a ello surge la segunda categoría.

**CATEGORIA II: Entendiendo al modelo como un intento de romper los paradigmas en el cuidado a la persona, familia y comunidad**

Para Marín<sup>33</sup>, tomando como referencia a Thomas K, define el termino paradigma como modelo o ejemplar, refiriéndose especialmente a las ideas o argumentos definidos para realizar un hecho. Teniendo en cuenta que, el objetivo fundamental de la enfermería es el cuidado directo a las personas y comunidades, se ha buscado brindar un cuidado cuya perspectiva es atender a las personas en su matiz biológica, psicológica, social y cultural<sup>34</sup>.

El profesional de enfermería que labora en los establecimientos de la MICRORED Lambayeque realiza intervenciones importantes buscando la mejor manera de implementar el MAIS-BFC, tal cual se evidencian en los discursos proporcionados por las profesionales entrevistadas:

*“... Esta estrategia me permite cambiar el paradigma de atención para las personas, porque todavía se trabaja con un modelo biomédico basado solo en la enfermedad...” (0003).*

*“Se ha tenido que luchar contra la idiosincrasia de la población, por lo que se ha tendido que derribar barreras culturales para poder priorizar a la familia. (0001),*

*“...Se ha buscado satisfacer las necesidades de la persona, familia y comunidad durante varios años, sobre todo en las zonas más lejanas”. (0005)*

Es importante mencionar que la aplicación del MAIS-BFC en otros países como Chile, se inició desde el año 1993 con la idea de fortalecer este concepto del modelo y su aplicación en el Nivel Primario de Atención, y ha permitido poner al servicio de la población, un sistema de salud orientado a cubrir las necesidades de salud y evitar factores de riesgo a la familia y comunidad, centrándose en la prevención más que en la recuperación<sup>35</sup>.

De igual modo, en Uruguay a partir del 2005, se incorporó el modelo de atención, teniendo como base fundamental establecer estrategias sanitarias relacionadas con aspectos sociales y culturales de las personas, familias y comunidades<sup>32</sup>. Al respecto, en Perú el MAIS-BFC, el objetivo de su implementación esta direccionado a mejorar la salud de la población<sup>4</sup>. Por este motivo, las profesionales entrevistadas en sus discursos refieren que, la aplicación del modelo debe ser de acorde a la realidad de nuestro país, sin embargo, toman de referencia experiencias de aplicación en países vecinos:

*“...creo que el modelo tiene siempre que ser adecuado a nuestra realidad, porque los modelos vienen muy elaborados. Teniendo en cuenta la experiencia de aplicación en los países vecinos, se tiene que ajustar a lo que tenemos para luego tener experiencias gratificantes como, cambios de hábitos saludables y un menos índice de morbilidad en la comunidad. Asimismo, tener en cuenta las teorías por ejemplo del cuidado enfermero transcultural, es decir ver como yo aplico los modelos, pero teniendo en cuenta el cuidado cultural”. (0001)*

En términos generales, se puede afirmar que, según lo manifestado en los discursos de las enfermeras, el modelo les ha permitido cambiar el paradigma de atención, dejando de lado el modelo biomédico que solo se centra en la enfermedad. Asimismo, expresan que, para la aplicación de dicho modelo, se ha tenido que lidiar con la idiosincrasia de la población y sus características, ya sean culturales, religiosas, personales, etc. Abordando un modelo que permita romper los paradigmas existentes en el individuo y su familia. De esta manera, se genera la tercera categoría.

**CATEGORIA III: Experiencias en la aplicación del modelo de atención integral en salud por etapa de vida**

El MAIS BFC, ha sido implementado en todos los centros de salud peruanos y en diversos países, con la finalidad de abordar las diferentes necesidades de salud de la persona y su entorno, y los determinantes sociales que los afectan. Por lo que, este modelo propone mediante distintas estrategias brindar la atención en las diferentes etapas de vida (niñez, adolescencia, juventud, adultez, adultez mayor y gestación). Dado que, es una estrategia destinada a la universalización del derecho a la salud<sup>36</sup>.

Por tal motivo, las profesionales de enfermería de este estudio, debido a su trayectoria profesional en atención primaria de salud, han presenciado diversas situaciones al aplicar todos los paquetes

de atención integral para cada etapa de vida establecido en el MAIS-BFC, estas han permitido que, a partir de las experiencias adquiridas, se establezcan las mejores estrategias de implementación, de manera que, se cubran las necesidades de salud. En cuanto a ello surge la primera subcategoría

SUB-CATEGORIA 3.1: Incorporando estrategias para mejorar el acceso al paquete de atención integral del niño.

El MINSA, ha implementado diferentes estrategias para abordar el cuidado integral al niño según el MAIS-BFC, en las que abarca actividades de crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, paquetes educativos, prevención de enfermedades prevalentes y visitas domiciliaria; que en su conjunto permitirán al profesional de salud detectar oportunamente aquellos problemas prioritarios que afectan la salud del infante<sup>2</sup>. Igualmente, bajo este modelo, se destaca la importancia del rol que cumple la madre durante todo el proceso del crecimiento y desarrollo de su hijo, además, de ser quien visualiza, contrasta y evidencia durante su vida diaria los cambios biopsicosociales de su niño; reconociendo la necesidad de un control para corroborar que su adecuada evolución<sup>34</sup>.

La visita domiciliaria, es una de las estrategias más utilizadas en cuanto al seguimiento de un niño, sobre todo en aquellos que dejan de acudir al establecimiento y para aquellos que requieren mayor atención como en el caso de enfermedades prevalentes<sup>1</sup>. Así como lo refiere la profesional de enfermería en el siguiente discurso:

*“La experiencia que tengo ahí es que muchos niños no acuden por falta de tiempo de sus mamás, porque se olvidan de la cita, etc. Entonces se le hace seguimiento, se tiene que realizar la visita con más énfasis, porque es ahí donde tenemos la oportunidad de brindar los cuidados de paquete de atención yo utilizo mucho el darles mi teléfono para establecer las citas cuando necesita una consulta médica, de manera que sienta la preocupación de mi persona” (0002).*

Del mismo modo, manifiestan que teniendo en cuenta el modelo, se han encontrado niños que no acuden al establecimiento o que solo llegan por lo necesario como las inmunizaciones, problemas de salud, en esos casos la estrategia utilizada es la revisión de los libros de registro, para que con los datos encontrados se haga el seguimiento:

*“Bajo este modelo se ha encontrado niños que a veces solamente llegan para la vacuna del recién nacido (BCG, HvB) y luego no aparecen, ante esos casos se busca en los registros para hacer seguimiento. Se hace la visita domiciliaria es ahí donde se conoce los motivos por los cuales la madre no lleva al niño”. (0006)*

En el contexto actual, se ha incorporado una nueva estrategia de atención, tele-monitoreo, el cual se realiza a través de llamadas telefónicas, cabe resaltar que esta estrategia no es nueva, pero debido a la pandemia COVID-19, ha sido una de las más convenientes para el seguimiento de la población. Tal como lo refieren las profesionales de enfermería en los siguientes discursos:

*“...brindamos la atención al niño de manera integral, aplicando todo el paquete, teniendo en cuenta no solo al niño sino a la madre, un nuevo contexto que estamos trabajando, son las llamadas telefónicas por las noches, esto nos ha permitido tener acceso a ellas, aunque sea por teléfono, yo creo que una buena alternativa para no perder a la familia es llamarla por teléfono”. (0003).*

Igualmente, refieren que la atención al niño se realiza desde el momento que nace, aplicando todo lo establecido en el paquete y se afianzan de la tecnología para hacer el seguimiento respectivo: *“Desde que el niño nace se le brinda atención, atención inmediata bajo el protocolo, brindando todos los cuidados, está 24 días en alojamiento conjunto, lo vacunamos, aprovechamos para educar a la madre, asimismo nos agenciamos de los números telefónicos de las madres y poder hacerles seguimiento”*. (0004)

Los profesionales de enfermería brindan la atención al niño de manera integral, aplicando todas las intervenciones establecidas en el paquete de atención integral de acuerdo a la edad. Pero debido a los diferentes factores como el desinterés, la falta de tiempo, la falta de conocimiento por parte de la madre, la aplicación de las actividades no se realiza adecuadamente. Es por ello que, con la implementación de estrategias como las llamadas telefónicas, las visitas domiciliarias, seguimientos, uso de los registros, etc. les ha permitido de alguna manera abordar estos problemas y dificultades que intervienen en la atención al niño.

Por otro lado, teniendo en cuenta los paquetes de atención establecidos en el MAIS-BFC dirigidos a todos los ciclos de vida, una de las etapas más difíciles según las experiencias vividas por las profesionales, es identificar y realizar las intervenciones dirigidas al adolescente, por lo que se ha tenido que establecer estrategias para brindar la atención a esta etapa, debido a esto surge la siguiente subcategoría

**SUBCATEGORIA 3.2: Intervenir en los colegios, la mejor alternativa para brindar el paquete integral al adolescente**

La adolescencia es estimada como un grupo poblacional vulnerable, debido a las particularidades inherentes a su desarrollo y la exposición a diversos factores de riesgo, además que en esta etapa se considera un periodo esencial para crear competencias, habilidades y prácticas para su salud, de ahí la importancia de la intervención de enfermería para fortalecer las conductas promotoras de salud, prevención de riesgos y mejorar el bienestar del adolescente<sup>37,38</sup>.

La participación de la enfermera en las escuelas ha sido crucial en esta etapa, porque es en ese ámbito donde mayormente se ha podido captarlos, y además es donde desarrollan todas las actividades de salud en beneficio de su desarrollo, personal, físico y psicológico<sup>39</sup>. Al respecto, las enfermeras del estudio manifiestan que en esta etapa ellas acuden a los colegios para brindar la atención, previo acuerdo con las autoridades, enfatizando de que esta población muy poco acude a los establecimientos de salud:

*“En la etapa adolescente nosotros vamos al colegio, coordinamos con las autoridades educativas y ellos nos brindan el espacio, llevamos las vacunas, llevamos los suplementos, hacemos los controles de crecimiento y muy pocos son los que vienen acá al centro de salud”*. (0001).

Además, refieren que las actividades que se realizan son mayormente colectivas, por ejemplo, sesiones educativas además de campañas de vacunación previo consentimiento de los padres. *“Con respecto a la etapa adolescente se interviene en los colegios, se realizan actividades colectivas como educación. Cuando se realizan campañas de vacunación necesitamos tener la autorización y asentamiento del padre, pero en las familias casi no se trabaja con los adolescentes”* ... (0003),

*“Con los adolescentes la estrategia que se utiliza es en el colegio, las intervenciones que realizamos son cesiones educativas, pero pocos adolescentes vienen al establecimiento de salud es un poco difícil captarlos”, (0005).*

Así mismo, expresan que, para la atención de adolescentes, hay una enfermera encargada de acudir a los colegios y realizar las actividades: *“...En el adolescente es difícil trabajar en la comunidad, mayormente se trabaja en los colegios el centro de salud que es responsable de esta etapa coordina con el director del colegio para que nos brinde un ambiente, donde ya la enfermera va 1 día o 2 días a la semana a brindar atención”. (0006)*

Las experiencias obtenidas durante la atención brindada al adolescente reflejan la difícil captación de esta población, pues en esta etapa acuden muy poco al establecimiento de salud de manera voluntaria, y la mejor alternativa de intervención es en las instituciones educativas, para ello, es necesario establecer coordinación con las autoridades correspondientes de dicha institución para que facilite el espacio en donde se lleven a cabo actividades conjuntas entre educación y salud, generalmente se otorgan las horas de tutoría. Las intervenciones que se realizan son mayormente colectivas, sesiones educativas, consejerías y campañas de vacunación, para la cual es necesario la autorización de los padres.

Por otro lado, teniendo en cuenta las secuencias de los ciclos de vida, después de esta etapa, continua la adultez, a quienes también se les brinda la atención integral, teniendo en cuenta el paquete de atención propuesto en el MAIS-BFC. Las experiencias vividas por el personal de enfermería ha sido que las intervenciones realizadas en esta etapa han sido teniendo en cuenta la dimensión cultural surge la siguiente subcategoría.

**SUBCATEGORIA 3.3: Promoviendo una cultura de salud en los adultos y adulto joven al brindar el paquete de atención integral**

En la atención primaria de salud, el profesional es el poseedor de los conocimientos y tiene la facultad de impartirlos mediante procesos educativos, teniendo en cuenta aspectos personales y significativos del individuo. En estudios realizados, refieren que las intervenciones realizadas por las enfermeras muchas veces no coinciden con las expectativas de las personas, ya que generalmente en esta etapa, las personas buscan beneficios propios, es decir, que los adultos y adultos jóvenes tienen la mentalidad de que no es necesario recibir ciertas atenciones, salvo si existe alguna dolencia. Con relación a ello las enfermeras aplican estrategias enmarcadas a conseguir la culturalización en las prácticas del autocuidado<sup>37,40</sup>. Tal y como lo refieren en los siguientes discursos:

*“...en la etapa del adulto, se brinda la atención, teniendo en cuenta su cultura buscando la atención preventiva. Porque ellos acuden más que todo por alguna dolencia y por la parte recuperativa, les damos promoción de la salud” (0006)*

*“... con respecto a la etapa de adulto y el adulto joven lo que no tienen es cultura de salud y creen que el estado les debe dar todo gratuitamente, en las mujeres hay que estarlas orientando, dando consejería sobre su autocuidado, estilos de vida saludable, importancia de realizarse el Papanicolau, entre otros.....” (0001)*

De igual modo refieren que el sexo más asequible para brindar la atención son las mujeres, ya que los hombres por diversos motivos, como, el trabajo, labores en sus propios negocios, el machismo prefiere no participar en las actividades. En su gran mayoría, los adultos no acuden al establecimiento de salud, esto podría representar una barrera para la atención de esta etapa, sin embargo, las profesionales rescatan que este tipo de población tiene la capacidad de comprender todo lo que se les explica al brindar una consejería

*“Con respecto al adulto y adulto joven, en esta etapa es donde las mayores intervenciones he realizado, pero más con las mujeres, porque a los hombres casi nunca se los encuentra, porque trabajan, la verdad que las experiencias son positivas, porque como ya es una población que te entiende y te comprende la orientaciones que tú les puedes dar” (0002),*

*“En la etapa adulto si se aprovecha la atención, sobre todo en las mañanas y en su mayoría son mujeres, el sexo masculino son muy poco son los pacientes que llegan...”(0004).*

Las enfermeras, enfatizan que la falta de promoción de salud en esta etapa está presente, debido a que no se ha logrado concientizar a la población sobre la importancia de acudir al establecimiento para controlar su salud. *“... falta mucha promoción de salud, pero también nos falta trabajar mucho en la conciencia de que no solamente se debe atender la enfermedad sino que tiene ver mucho la parte preventiva”.*(0003)

Para las profesionales las experiencias al brindar los cuidados del paquete de atención al adulto han sido positivas puesto que es una población que entiende y comprende las orientaciones que se les puede dar, sin embargo, hay aspectos que aún faltan trabajar, por ejemplo, cambiar la idea impregnada en las personas de que no solamente se debe atender la enfermedad, sino que también es importante lo preventivo para el mantenimiento de la salud. También, mencionan que en su mayoría son mujeres las que acuden a los establecimientos a recibir atención, muy poco son los hombres, ya que ellos trabajan y casi nunca se encuentran en el hogar.

Ciertamente, el modelo establece estrategias que articulan atenciones en beneficio de la salud de la población, y estas son empleadas por etapa de vida, una de ellas es el paquete integral para el adulto mayor, siendo la enfermera la encargada de aplicar intervenciones en función a las necesidades de este grupo poblacional vulnerable. De acuerdo a ello es que las profesionales han adquirido experiencias gratificantes, por lo que se establece la última sub categoría.

**SUBCATEGORIA 3.4: Experiencias satisfactorias al brindar el paquete de atención integral al adulto mayor.**

Al mencionar la palabra experiencias nos referimos a las vivencias, sucesos y acontecimientos que pasa el ser humano al relacionarse con otras personas en el contexto del medio ambiente, llegando a convertirse en situaciones significativas para la persona. En otras palabras, se trata de explicar una unidad de análisis que toma en cuenta las interacciones entre las personas y el contexto, las cuales se determinan mutuamente, mediante un carácter transaccional, es decir, que intervienen los pensamientos, sentimientos, conductas para la toma de decisiones<sup>41</sup>.

Por otro lado, el estado de salud del adulto mayor que acude al establecimiento a recibir la atención integral, se caracteriza especialmente por la presencia de enfermedades crónicas y las alteraciones

sensoriales como visión, audición, malnutrición, incontinencia, uso de varios medicamentos, deterioro cognitivo, dependencia en las actividades de la vida diaria y en algunos casos falta de apoyo social y familiar. Todo ello hace que el trabajo de la enfermera se torne un poco difícil e importante, por eso es fundamental la participación de otros especialistas para abordar más afondo los problemas de salud que se presentan en esta etapa<sup>42</sup>,

Las estrategias establecidas en el MAIS-BFC para la atención de esta etapa está enmarcada básicamente en la aplicación del paquete integral establecido, este está orientado en la valoración, detección de problemas, necesidades de cuidado, visitas, inmunizaciones (en el establecimiento como en el domicilio) y vigilancia con aquellos que vienen con tratamientos establecidas en la etapa anterior<sup>2</sup>.

*“Con el adulto mayor la experiencia es muy bonita, reconfortante, pero por un lado es triste porque nos damos cuenta que nos gustaría ser más por el adulto mayor, lamentablemente nuestro país no da presupuesto para poder brindar una mejor atención. Porque aparte de brindar atención integral como controles, vacunas, también se toma en cuenta la parte recreativa” (0008)*

*“...con el adulto mayor es una etapa muy protegida, bueno nosotros salimos a vacunarlos a casa, coordinamos con el club de adultos mayores de la tercera edad, formamos grupos acá del adulto mayor, les hacemos atención acá en el establecimiento”*

*(0001), “... Aquí hay una responsable que brinda atención integral, aplica todo el paquete integral que está considerado en el MAIS-BFC al adulto mayor, los que pueden ir al establecimiento se le aplica ahí y a los que no se le aplica en su domicilio” (0002)*

Las enfermeras califican al adulto mayor como una etapa muy protegida y responsable, a la que se le brinda la atención integral, considerando lo establecido en el MAIS-BFC, se les brinda consejería y se coordina para reunirlos, ya para esta etapa se ha organizado el club del adulto mayor, donde van hombres y mujeres de esta etapa, se les hace la valoración y se evalúa todas las dificultades que puedan tener, también hay un consultorio especialmente para esta etapa, y a las personas que no pueden acudir se les realiza la atención en su domicilio. Manifiestan que es un poco difícil trabajar con ellos por los diferentes problemas de salud que presentan, por lo que les gustaría hacer un poco más por ellos, ya que muy pocos cuentan con el apoyo del estado.

Por otra parte, una de las dimensiones de las experiencias son los sentimientos, siendo estos, la presencia de aquellas emociones que se involucran al momento de prestar la atención al paciente. Dando lugar a la cuarta categoría

#### CATEGORÍA IV: Individualizando las experiencias desde los sentimientos al aplicar el MAIS-BFC

Una de las funciones de la enfermera en atención primaria es entablar una relación enfermera paciente, desde el punto de vista profesional, entablando relaciones interpersonales enmarcadas en el respeto y la escucha de la persona, de manera que, los sentimientos ya sean positivos o negativos están presentes al momento de brindar la atención y esto se debe a la influencia de las características personales tanto del profesional como del paciente<sup>43</sup>. Ante lo mencionado surge la primera subcategoría.

#### SUBCATEGORIA 4.1: Vivenciando sentimientos positivos al aplicar el modelo de atención.

La presencia de los sentimientos satisfactorios o positivos, debe significar en el profesional de salud que brinda la APS, un placer para realizar su trabajo, porque al tener este tipo de emociones podría traer logros tanto personales como profesionales. De igual modo, los sentimientos, ya sean positivos o negativos, son generados muchas veces por las situaciones estresantes o satisfactorias que acontecen en la práctica diaria de enfermería. De tal manera que, permite al profesional enfrentar los problemas con optimismo y capacidad de dar soluciones utilizando sus propios medios<sup>44</sup>.

La presencia de sensaciones positivas forma parte de una buena salud mental en la persona, permitiendo a la enfermera mejorar sus habilidades e intervenciones, ofreciendo un mejor servicio al usuario<sup>45</sup>. Igualmente Donoso et al<sup>46</sup>. Da a conocer que, el personal de enfermería con altos niveles de motivación laboral, posee habilidades para enfrentar desafíos emocionales que repercuten en su labor profesional, convirtiéndolos en motivación para conseguir resultados satisfactorios al brindar la atención.

Es posible decir que, al aplicar el MAIS-BFC, se han percibido sentimientos de satisfacción, alegría, gratificación, tal como lo mencionan en los siguientes discursos:

*“... me he sentido contenta, satisfecha de contribuir a la salud de la niñez en mi comunidad, y brindar todo el paquete de atención integral al niño., me da mucha alegría ver como los adultos se preocupan por su salud”. (0001).*

*“...he sentido satisfacción porque encontré a una familia la mamá soltera, dos adolescentes hicimos ahí una educación “orientación familiar” los chicos se motivaban, participaban, muy activos, muy buenos chicos y fue muy satisfactoria la experiencia”. (0002).*

*“Cuando el niño se mantiene sano, acude a los controles, cumple con todo, es algo gratificante por que las consejerías que le brindas a la mamá está siendo efectiva, te sientes feliz porque has logrado tu objetivo y has sabido llegar a ella...”. (0007)*

*“Me da mucha alegría poder trabajar con los adultos mayores porque son muy tiernos, cariñosos, uno siente que pueden valorar todo lo que es la atención, te das cuenta que realmente toman importancia y crean conciencia y obviamente da bastante alegría”. (0008)*

Los sentimientos positivos percibidos por las profesionales de enfermería en cuanto a la aplicación del modelo han sido de satisfacción y gratificación por el hecho de contribuir con la salud a toda la comunidad, al ver como los adultos se preocupan por su salud y cumple con los acuerdos establecidos en las visitas. Sienten alegría cuando las familias tratan muy bien a los niños y cuando estos llegan a sus controles, cuando ven sonreír a los adultos mayores que reciben la atención, son muy tiernos, cariñosos, sienten que pueden valorar todo lo que se les brinda. Es algo gratificante, cuando las profesionales brindan las consejerías las madres y ven que ha sido efectiva porque se ha logrado los objetivos esperados. Así como la presencia de sentimientos positivos se involucran

al brindar la atención a la persona, también están presente los sentimientos negativos, que se explican en la siguiente subcategoría

#### SUBCATEGORIA 4.2: Vivenciando sentimientos negativos al aplicar el modelo de atención

La influencia de las emociones negativas en el trabajo del profesional de APS, generan un impacto en cuanto al desempeño de su labor, directamente en las intervenciones realizadas, estas pueden ser un retraso en la actividad, intervenciones incompletas, falta de entendimiento, incumplimiento por parte de los pacientes, relacionado a características emocionales, físicas y culturales de la persona<sup>45</sup>.

Cuando el estado de ánimo es negativo, la falta de energía que siente la enfermera interfiere al ofrecer atención al paciente, de modo que no se siente con la capacidad de hacer frente a los problemas sanitarios que presentan los individuos, experimentando sentimientos de desinterés, tristeza, miedo, culpa, insatisfacción, debido a conductas negativas o también por características propias de la persona<sup>44</sup>.

La presencia de dificultades al brindar atención genera intensidad emocional, dando como resultado sentimientos de estrés, agotamiento, que en un periodo de tiempo puede afectar la salud del profesional<sup>46</sup>. En la presente investigación, la aplicación del modelo respecto a las experiencias vividas por el personal de salud, las emociones negativas han intervenido al brindar la atención teniendo integral en las etapas de vida. Por lo que, las profesionales manifiestan haber percibido emociones como desasosiego, tristeza, pena, frustración, impotencias, etc. En muchos casos debido a las actitudes propias de las personas:

*“En el adolescente ahí si un poco de desasosiego, pena, tristeza porque no vienen acá, hay que ir a buscarlos a los colegios. Con los adultos mayores a veces me he sentido impotente porque ya no puedo hacer algo más por ellos, solo abarcar ámbitos de salud”. (0001)*

*“La parte económica, falta de trabajo en las familias, el hecho de que no les alcance para la canasta familias genera en mí una gran impotencia, frustración por no poder ayudar, alguna vez he sentido cólera, rabia, porque una vez encontré que un padrastro abusaba de su niña, tuve que tomar medidas” (0002).*

*“... siento pena encontrar niños muy descuidados, desconcierto porque la pobreza tampoco ayuda que las familias salgan adelante, o vas a las familias a la comunidad, y no encuentras a ninguna o no te dejan entrar entonces te sientes triste. Con los adultos mayores nos da un poco de temor, porque no es fácil trabajar con ellos”. (0003)*

*“Con la etapa del adulto mayor si he sentido tristeza porque hay adultos mayores abandonados, y cuando realizo las visitas domiciliarias un poco de tristeza, enojo porque algunas familias no quieren que se les intervenga”. (0006)*

Los sentimientos negativos percibidos por las profesionales de enfermería al aplicar el modelo de atención han sido generados por situaciones encontradas en la propia familia, como la falta de interés por acudir al establecimiento, desconocimiento e irresponsabilidad de la persona, al no encontrar a las familias en casa, adultos mayores en condición de abandono, al presenciar

enfermedades que se pudieron prevenir, etc. Todo ello ha condicionado que las actividades realizadas por el personal de salud sean incompletas o no se logren desarrollar.

Por otra parte, así como la presencia de los sentimientos intervienen en la labor de la enfermera, los factores limitantes se suman de manera significativa para la eficiencia y eficacia de las intervenciones establecidas en el MAIS-BFC, ante ello surge la última categoría

**CATEGORIA V: Limitantes percibidas en la aplicación del MAIS-BFC desde la experiencia del profesional de enfermería**

Limitantes proviene de la palabra límites u obstáculos que impide o dificulta el desarrollo natural de una circunstancia en la vida. En el campo de la APS, se ha evidenciado que los factores limitantes, generan un impacto negativo en cuanto a la eficiencia y eficacia de las prestaciones de salud, es por ello que en algún caso se ha tenido que implementar estrategias que permitan evitar limitantes como: falta insumos, tiempo insuficiente para la realización de las intervenciones, falta de capacitaciones en el personal del nivel primario, aspectos culturales propios de las familias<sup>45</sup>. Ante ello las enfermeras, en los últimos años han buscado la mejor manera de implementar el modelo utilizando todas sus funciones que la caracterizan: administrativa, educativa, investigativa y asistencial<sup>3</sup>.

**SUBCATEGORIA 5.1: Necesidad de capacitación y abastecimiento de insumos**

La implementación de modelo corresponde a una política de salud, cuyo éxito parte desde el conocimiento por parte de la enfermera de todas sus estrategias establecidas y la manera de como aplicarlo, teniendo en cuenta el enfoque biopsicosocial. Estudios realizados muestran que la falta de capacitación en cuanto al MAIS-BFC, ha significado errores en cuanto al uso de los instrumentos e intervenciones, ya que el desconocimiento por parte del personal nuevo generó un retraso en el avance de las actividades dirigidas a la familia, estos casos suelen suceder por la falta de interés por conocer a profundidad dicho modelo y establecer mejoras en el éxito del cuidado<sup>47</sup>.

Perdomo et al<sup>48</sup>. Consideran que, con la profundidad investigativa por parte del personal salud, se generan agregados técnico- científico que les permitirá analizar y profundizar la situación sanitaria que se presentan en el campo la Atención primaria, consiguiendo transformaciones importantes y necesarias ante los problemas de salud de la persona y su entorno. Igualmente, los autores enfatizan en que un profesional debe buscar superarse y seguir especializándose en las diferentes ramas que abarca las ciencias de la salud, de modo que refuerce y actualice sus conocimientos para ofrecer al paciente una Atención de calidad.

De igual manera, para que las intervenciones generen un cambio en la salud del individuo, es importante contar con los insumos y la infraestructura adecuada, porque son fundamentales para que se logre brindar una atención óptima a la persona en cualquier ámbito y situación<sup>4</sup>.

Las enfermeras del estudio expresan en sus discursos que los problemas principales que impiden la óptima aplicación del modelo son la escasez de insumos y equipos, la infraestructura inadecuada y la falta de capacitación del personal de salud: “... *para aplicar este modelo se necesita que el personal esté muy capacitado, sensibilizado, motivado, en el sentido que le den los insumos, que*

*se preocupen por la seguridad del personal que realiza las visitas para poder ejecutar con éxito. Sin esos insumos sin esa capacitación no se puede aplicar el modelo”. (0002)*

*“... cabe mencionar que el modelo es muy factible, pero que no tiene los recursos necesarios como para tener un mayor impacto”. (0003), “...Y la escasees de equipos e infraestructura adecuada es uno de los problemas principales”. (0001).*

Desde la posición de, Chang et al<sup>49</sup>. Al realizar una investigación, respecto a la influencia de la gestión administrativa en la atención primaria, obtuvo como resultado una influencia negativa, aludiendo que, una de las labores principales que tiene el sistema de salud pública es brindar un servicio de calidad al paciente, pero para que eso, los establecimientos de salud de cualquier nivel, tienen que velar porque las condiciones de trabajo sean las mejores, para que el buen desempeño de sus trabajadores, en este caso el equipo de salud en general.

Uno de los principales limitantes para las enfermeras es la escasez de equipos e insumos, porque al realizar las visitas, muchas veces no cuentan con los equipos necesarios para monitorear el estado de salud de los integrantes de la familia. Por otro lado, expresan que para la aplicación del modelo es necesario que el personal esté capacitado y sensibilizado en lo que es atención primaria de salud. Sin esos insumos y sin esa capacitación no se puede aplicar óptimamente el modelo. En otro orden de ideas, la implementación del MAIS-BFC ha generado en las profesionales de atención primaria una demanda de tiempo que muchas veces es insuficiente en el logro de los objetivos que rige la atención. Dando lugar a la siguiente subcategoría.

#### SUBCATEGORIA 5.2: Tiempo insuficiente para la implementación adecuada del MAIS-BFC

Las intervenciones realizadas han sido muy limitadas, porque ciertamente la demanda de tiempo ha sido una limitante más significativa en el logro de los objetivos a alcanzar con la realización de los cuidados brindados al paciente, asimismo, el tiempo limitado para intervenir se debe a diferentes factores, uno de ellos es la demanda de pacientes, una cantidad alta de pacientes influirá mucho en terminar de aplicar todas las intervenciones establecidas en el MAIS-BFC, otro es el tiempo insuficiente por parte de los pacientes, en ellos se debe a que sus funciones y responsabilidades tanto en trabajo como en el hogar no permiten que se desarrolle de manera adecuada las actividades y por último esta la demanda de tiempo de la enfermera en sí, esto se debe a que por factores personales o por el hecho de querer cumplir con las metas no llega a completar las intervenciones establecidas<sup>3</sup>.

El reconocimiento de un servicio y atención de calidad en la atención primaria hace referencia al constante enfrentamiento de desafíos que el personal debe superar, entre los cuales se encuentra, el tiempo adecuado y oportuno que se emplea al brindar los cuidados integrales a la persona, porque abarca estrategias de abordaje individual y de acción comunitaria, por lo que, el autor menciona que existe la necesidad de profundizar en investigaciones, sobre las mejores estrategias que se pueden emplear, para que las actividades de salud realizadas se den de forma articulada en el primer nivel de atención<sup>50</sup>.

No obstante, una de las intervenciones más mencionadas por las participantes del estudio en la aplicación del MAIS-BFC son las visitas domiciliarias, siendo la principal limitante la falta de tiempo para cumplir con todas las actividades estipuladas en el modelo respecto a la VD. :

*“... no coincidimos en los tiempos, porque estas visitas nos programas en el horario, son horarios rígidos que a nosotros nos establecen para acudir, no encuentras a tu grupo familiar, y no puedes intervenir como está estipulado en el MAIS-BFC”.*(0002).

De igual modo, refieren las horas establecidas para realizar la visita, no son lo suficiente para el logro de las intervenciones y cumplir las metas establecidas: *“El tiempo por qué, por ejemplo, si nosotras queremos hacer las visitas domiciliarias, de todas tus 150 horas, tú te vas una o dos veces de 6 a 12 horas, por lo tanto, lo ves una vez al mes a la familia”.* (0003), *“...La principal dificultad es el tiempo porque tienes que cumplir una meta y a veces el tiempo no te alcanza...”* (0006).

Por último, refieren que para que se realice las intervenciones a la persona, familia y comunidad, se necesita de una demanda de tiempo óptima: *“La principal limitación es el tiempo, porque para aplicar este modelo en donde se toma no solo a la persona, sino que también a la familia y comunidad, se necesita tiempo...”* (0007)

Una de las limitaciones más relevantes que manifiestan las enfermeras es el tiempo, porque muchas veces no coinciden con el horario de las familias cuando realizan las visitas y no pueden intervenir como está estipulado en el MAIS-BFC, también porque no les alcanza el tiempo establecido para realizar las visitas debido a los problemas que encuentren en la familia, y muchas veces no se llega a cumplir con la meta establecida. Del mismo modo, la presencia de aspectos culturales en la familia influye en cuanto a la realización de las actividades de salud, ante ello surge la última subcategoría.

### SUBCATEGORIA 5.3: Influencia de aspectos familiares y culturales en la aplicación del MAIS-BFC

Se define aspectos culturales y familiares, a aquellas características que involucran ideas, prácticas y experiencias desenvolviéndose dentro de un espacio físico o social. Esto supone para el sector salud desafíos o barreras en la atención sanitaria, tales como aspectos culturales arraigados en la persona, limitaciones en el acceso a los servicios de salud, nivel educativo, diferencias de ideas entre el personal de salud y la familia, maneras de atención médica, etc. Esto implica que, el equipo de salud dirija las estrategias de atención basándose en el respeto y tolerancia hacia los diferentes grupos culturales dentro de una población<sup>51</sup>.

El MAIS-BFC, toma a la persona como el centro de la toma de decisiones, ya que se reconoce que el individuo posee sus propias creencias y culturas que deben ser respetadas<sup>3</sup>. No obstante, lo preventivo promocional se ha visto afectada según las experiencias de las enfermeras participantes, tal como lo expresan:

*“...Muchos niños no acuden por falta de tiempo de sus mamás, porque se olvidan de la cita, porque no quieren esperar mucho, porque han tenido una experiencia negativa en establecimiento de salud, porque tienen creencias religiosas, no creen conveniente vacunar a sus niños o que reciba el micronutriente ...”*(0002)

Un estudio relacionado con el cuidado que brinda la enfermera a la familia bajo el marco del MAIS BFC realizado por Gonzáles y Piscoya<sup>52</sup>. Uno de sus resultados fue que, el personal de salud al enfrentar la realidad del cuidado en el ámbito familiar, han encontrado a personas con un mínimo interés en el cuidado de su propia salud, debido a la aún existencia de pensamientos, creencias, religiones que conllevan a la persona a acudir al establecimiento solo ante la aparición de la enfermedad, siendo la intervención de enfermería orientada mayormente en lo recuperativo más no en lo preventivo-promocional. Así también, Lui B<sup>51</sup>. en su investigación tuvo como resultado lo siguiente, los factores relacionados en la accesibilidad, captación e intervención de los usuarios en el contexto familiar son aquellos elementos asociados con la cultura, ámbito social, dentro de ellas las creencias religiosas y las decisiones e influencias familiares.

No obstante, la participación familiar es fundamental en cuanto a las intervenciones realizadas por las enfermeras para el logro de los objetivos, pero en los discursos manifiestan que las personas muchas veces no se encuentran en casa o no disponen de tiempo, entonces es ahí donde la enfermera busca la manera de contactarlos y darles seguimiento: *“Con las familias que a veces no las encontramos y no tiene tiempo de atendernos...”* (0004)

*“... Se hace la visita domiciliaria, es ahí donde se conoce los motivos por los cuales la madre no lleva al niño, de repente que vive lejos, la madre se enferma, no tiene los recursos económicos, creencias religiosas porque dicen que Dios es el que protegerá a su niño... también la otra limitante es que algunas familias no se encuentran, eso genera un retraso...”*. (0006)

*“En las visitas domiciliarias hay familias que no son muy flexibles, porque no tienen tiempo para atenderte, otros que no desean que les realices la atención e intervención porque no lo creen importante...”* (0007)

Los aspectos familiares y culturales intervienen muy significativamente en la aplicación del MAIS-BFC, las enfermeras entrevistadas, manifiestan experiencias percibidas como las creencias religiosas, ya que las familias no creen conveniente vacunar a sus niños o que reciba el micronutriente, esto se da cuando las familias no tienen los recursos económicos, poseen creencias religiosas porque dicen que Dios es el que protegerá a su niño, también porque algunas familias no se encuentran y eso genera un retraso.

## DISCUSIÓN

El aporte de esta investigación radica en que al estudiar las experiencias del profesional de enfermería que labora en el primer nivel, se pueda contribuir en la búsqueda de mejores estrategias para mejorar la implementación de MAIS-BFC. Teniendo en cuenta los resultados encontrados, la primera categoría: Concepción del modelo desde la experiencia profesional, la enfermera a partir de sus vivencias han definido al MAIS-BFC, como una estrategia sanitaria que estableció el ministerio de salud aplicada en la atención primaria, para brindar el cuidado de atención integral a la persona, familia y comunidad teniendo en cuenta la detección de sus factores de riesgo y necesidades de salud, con un enfoque biopsicosocial, brindando actividades de promoción, prevención y rehabilitación de la enfermedad. Estos resultados se asemejan con los encontrados en el estudio realizado por Gonzáles<sup>4</sup>, cuyos hallazgos refieren que las profesionales de enfermería toman al modelo como una herramienta basada en un enfoque biopsicosocial, que incorpora a la

familia y su contexto territorial, asimismo, toman en cuenta lo preventivo promocional, ya que consideran que a través de ello se puede lograr que los pacientes generen un aprendizaje de salud, también refieren que el profesional debe otorgar la importancia necesaria en estas actividades, enfatizando que el enfermero debe convertirse en especialista.

De igual forma, en Chile en un estudio realizado por Dois<sup>7</sup>. Referente a los atributos y características orientados al MAIS desde la perspectiva de expertos en Atención primaria. Los participantes de este estudio mencionan que el trato a la persona se realiza teniendo en cuenta un enfoque biopsicosocial, es decir que se considera a la persona de una manera global, más allá de su enfermedad. Guardando relación con los resultados de la presente investigación, debido a que las enfermeras que participaron en el estudio, manifiestan que el modelo se aplica bajo el mismo enfoque, tratando a la persona no solo en el proceso de enfermedad, sino también realizando actividades de promoción y prevención, generando en el individuo acciones óptimas para el mantenimiento de su salud.

Tomando al mismo autor Doia<sup>7</sup>, refiere en sus resultados que, para la aplicación del modelo se toma en cuenta las intervenciones orientadas a la promoción y prevención de la salud, poniendo énfasis en la educación en salud, de manera que permita una alianza terapéutica que facilite el trabajo en conjunto para alcanzar mejorías en la salud de la persona y su entorno. Ante ello se puede notar la diferencia con lo mencionado por las enfermeras del estudio, ya que no se manifiestan en ningún discurso lo de realizar alianzas terapéuticas en las intervenciones dirigidas a la persona y su entorno, y con respecto a la educación, las profesionales lo realizan en la parte de promoción de la salud.

Sagástegui<sup>12</sup>, menciona que el profesional de enfermería es el que brinda el cuidado integral de salud, mediante la identificando de problemas, necesidades ya sean reales o potenciales a aquellas personas que demandan de un cuidado. Asimismo, a las enfermeras que trabajan con la aplicación de los modelos les resulta más fácil interactuar y establecer la relación enfermera- paciente, permitiendo abordar las estrategias de manera efectiva, sin embargo Sagástegui<sup>12</sup>, obtuvo como resultados, que aún se necesita que internalicen el MAIS y hagan un compromiso para atender al paciente, aclarando que las enfermeras no tienen un concepto claro de lo que es el modelo, ya que solo se han centrado en la parte interactiva que se genera con el paciente, dejando de lado lo preventivo promocional, siendo estas dimensiones fundamentales para la aplicación del modelo. Notándose, la diferencia en los resultados encontrados en la presente investigación, ya que las profesionales, si tienen conceptualizado e interiorizado el MAIS-BFC, porque las actividades realizadas están basadas en lo establecido en dicho modelo, además de que las intervenciones son dirigidas a la persona de manera holística abarcando todas sus dimensiones físicas, psicológicas y sociales, en busca de satisfacer sus necesidades y de cumplir los objetivos establecidos en el modelo.

Por su parte Polo<sup>3</sup>. En su investigación menciona que, la atención que se le brinda al paciente debería estar planteado como un proceso continuo que centra la atención en los grupos familiares; priorizando actividades de promoción y prevención, así como la preocupación de satisfacer las necesidades ante la aparición de una enfermedad, con la finalidad de brindar herramientas para el autocuidado. Es por ello, que se ha tomado al modelo de atención como base para dirigir las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería, con el objetivo de involucrar a las comunidades en la planificación y gestión de servicios. Estos conceptos han sido similares a los

referidos por las profesionales. A ello, Giraldo, Toro et al<sup>53</sup>, en su estudio concluyó que, la promoción de la salud es considerada como una de las estrategias más importantes en el desarrollo de actividades y procesos, de manera individual o familiar- grupal, cuya finalidad es generar estilos de vida saludable y modificar conductas de riesgo.

Asimismo, las enfermeras de esta investigación manifestaron que al aplicar el MAIS-BFC buscan intervenir no solo al paciente, sino que también a su entorno, ya que este tiene una influencia significativa en el estado de salud y la recuperación de la enfermedad de la persona. Es decir, brindando un cuidado holístico, integrando todas las dimensiones del ser humano en relación con el mundo que lo rodea. Al respecto, Giraldo, Toro, et al<sup>53</sup>. Refiere que, siempre se tiene que valorar a la persona y la información que esta intercambiada con el medio que lo rodea sobre todo en aspectos de salud. Es por esta razón, que el profesional de enfermería por medio de sus intervenciones incita a la conexión recíproca del paciente y su entorno, procurando tener responsabilidad en el cuidado.

Aclarando que, la atención de la salud se plantea como un proceso continuo que centra su atención en el entorno familiar; priorizando actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como la atención a las necesidades de salud ante la aparición de enfermedad, con el fin de brindar herramientas para su autocuidado. Este modelo es el encargado de organizar el sistema de salud, incluida la gestión eficaz y la prevención de enfermedades logrando resultados de salud favorables e involucrando a las comunidades en la planificación y gestión de servicios. Es por ello que las profesionales de enfermería, a partir de sus experiencias, han conceptualizado al MAIS-BFC como un proceso a seguir en las intervenciones a la persona y su entorno, donde se evalúa no solo por el motivo de consultas sino también para el reconocimiento de sus necesidades y factores de riesgo.

Con respecto a la segunda categoría denominada: **Entendiendo al modelo como un intento de romper los paradigmas en el cuidado a la persona, familia y comunidad.** Las enfermeras han referido que a través de la aplicación del MAIS-BFC les ha permitido cambiar el paradigma de atención para las personas, dejando de lado el modelo biomédico centrado solo en la enfermedad, además de tener que lidiar con la idiosincrasia de la población para así poder satisfacer las necesidades de la persona y su entorno. Al respecto, Parra<sup>54</sup>. Mencionó que el modelo biomédico no abarca aquellas dimensiones humanas que también requieren de atención por parte del personal de salud, como son: lo cultural, espiritual, biopsicosocial, etc. Ya que, solo toma a la enfermedad propiamente dicha, dejando de lado a otras disciplinas de salud con similar importancia. De igual modo, Marín, Duván<sup>33</sup>, citando a Thomas Kuhn, refieren que, en el ámbito de la salud, se toma a este modelo bajo una perspectiva biomédica, pero que incluya la atención integral, implicando una postura reflexiva.

El laborar bajo lo biomédico limita de alguna manera el involucramiento de diferentes disciplinas como: economía, etnografía, epidemiología, historia, sociología, biología clínica, psicología, entre otras, donde cada una de ellas proporcione aportes que permitan mayor comprensión acerca del proceso salud-enfermedad, de manera que no se deben excluir o separar porque de alguna u otra forma se integran para dar respuestas a los problemas de salud del individuo y sus dimensiones como: el contexto social, cultural e histórico<sup>55</sup>.

Por su parte Giraldo et al<sup>56</sup>, En su estudio explica que, el mencionado modelo no permite indagar de manera profunda en diversos fenómenos, por lo que, resulta insuficiente para el profesional de enfermería y equipo de salud, porque este se fundamenta bajo la concepción patológica, dado que, no permite enfocar a la persona, sus necesidades y su contexto histórico y social.

Igualmente, Thomas<sup>57</sup>. Aporta que, se comprende al cuidado enfermero como una actividad que va más allá de la enfermedad, además de abordar un concepto del cuidado en la comunidad, bajo una visión que incluye procesos sociales, biológicos y ambientales, favoreciendo y condicionando el cuidado hacia un enfoque preventivo.

Por ende, las profesionales también han referido que, mediante las intervenciones que rige el MAIS-BFC, les ha permitido llegar hasta zonas más alejadas, además de adecuarlo a la realidad de la comunidad, teniendo en cuenta las experiencias de países vecinos que también aplican el MAIS, de manera que, se logre obtener experiencias gratificantes, al observar cambios de hábitos saludables y menor índice de morbilidad en la población. Asimismo, manifiestan que en la aplicación de modelo han tomado en cuenta el cuidado transcultural. Estos resultados se respaldan con lo dicho por Castañeda<sup>58</sup>. En los resultados de su investigación menciona que, se reconoce la importancia de las intervenciones que realiza el personal de salud, respecto a la labor extramural, ya que ha venido ejecutando bajo coordinación con entidades públicas y privadas, para poder ejecutar las visitas domiciliarias hasta los lugares más lejanos, y así brindar atención al paciente, mediante el uso de diversos medios como ayuda para lleva a cabo las acciones de promoción y prevención.

Veliz, Bianchett, Silva<sup>59</sup>. Aluden que, la globalización y las constantes migraciones de las personas hacia otros lugares del mundo, las etnias sociales y el respeto por las culturas constituyen actualmente un desafío para los equipos de salud en la atención primaria, por lo que se ha dejado lo impuesto por el modelo biomédico, para abordar aspectos que involucren a la cultura arraigada en las personas en el autocuidado de su salud y la de su familia, es decir tomando en cuenta el cuidado transcultural. Concretando que, sí se puede llevar a cabo un modelo de atención integral equitativo, incluyente, universal que garantiza el derecho a la salud, direccionando a logro de la transformación positiva del sistema de salud y mejorar la calidad de vida de la población<sup>60</sup>

Todos los aportes y estudios anteriormente mencionados respaldan a lo dicho por las participantes de la presente investigación, puesto que el MAIS-BFC ha permitido a las profesionales romper aquellos paradigmas que solo les permitía trabajar bajo un modelo basado en el proceso de salud y enfermedad, por lo que limitaba abarcar aspectos culturales de la persona involucrados directamente en su autocuidado y el de la familia. Es por eso que, mediante las estrategias que establece el modelo, se permite llegar al individuo y brindar atención holística, de modo que se pueda generar cambios en los estilos de vida saludable, para el mantenimiento de la salud y rehabilitación de la enfermedad.

Respecto a la tercera categoría: **Experiencias en la aplicación del modelo de atención integral de salud por etapa de vida.** En relación con la primera subcategoría las enfermeras en sus experiencias han venido **incorporando estrategias para mejorar el acceso para brindar el paquete integral del niño**, refiriendo en sus discursos que, hay niños que no acuden al control de crecimiento y desarrollo o que acudieron a la institución de salud solo para la vacuna del recién nacido, por lo que han tenido que implementar estrategias como, el buscar en los registros y

hacerles seguimiento, realizar las visitas domiciliarias con mayor énfasis y conocer el motivo por el cual no llegan al establecimiento, e incluso brindan su número telefónico para estar en comunicación con las madres por alguna consulta. De acuerdo con Villanueva<sup>61</sup>, al realizarse el control de crecimiento y desarrollo (CRED) el profesional de salud debe reconocer los factores relacionados ante la aparición de una enfermedad prevalente en el niño, tales como las inasistencias a las citas de control, incumplimiento del esquema de vacunación y de suplementación con hierro, actuando oportunamente brindándole el paquete integral correspondiente según su etapa desde su nacimiento, para ello se tiene que actuar con pertinencia cultural, es decir adaptando las intervenciones a las características de la persona ya sean, culturales, económicas y socio demográficas.

Coyla y Quispe<sup>62</sup>, en su estudio fenomenológico sobre la percepción que tuvieron las madres ante la atención brindada por la enfermera en el CRED, se evidenció que no fue positiva para todas las madres, algunas de ellas explicaban que la profesional de enfermería realizaba sus actividades de forma rutinaria y técnica, pero por otro lado pocas madres refirieron que la enfermera mostraba afecto y preocupación por sus niños, porque en casos de inasistencia al control CRED se les hacía seguimiento, se les realizaba la visita domiciliaria, se les programaba la citas. Estas evidencias coinciden en parte con los resultados de la presente investigación, puesto que las participantes no refieren satisfacciones, percepciones de la madre respecto a las actividades realizadas, sin embargo, si mencionan las estrategias utilizadas ante el incumplimiento de las intervenciones establecidas dentro del paquete integral.

Otro aspecto manifestado por las profesionales son las causas por las cuales las madres no acuden a las citas, entre las cuales están la falta de tiempo, la falta de interés, el desconocimiento (llegaban solo a la vacuna del recién nacido. Estos resultados son semejantes con los de Quevedo<sup>63</sup> y Ampuero et al<sup>64</sup>. Evidenciaron que, los factores relacionados al incumplimiento del CRED, han sido en mayor porcentaje la poca cantidad de personal de enfermería, seguido del tiempo de espera en las citas programadas, los que hacer del hogar, el cuidar a otro hijo menor en casa, horario de trabajo, un porcentaje significativo en cuanto la información brindada por la enfermera considerándola como no útil, seguido del desconocimiento. También, un 94.7% de madres estuvieron satisfechas con la atención que brinda la enfermera notando un interés significativo por la salud de sus menores hijo, refiriendo que el personal de salud realiza visitas domiciliarias en caso de inasistencias. Los 2 estudios presentados respaldan a los de la investigación, puesto que concuerda con los factores mencionados en los discursos en cuanto al incumplimiento de los controles y las intervenciones realizadas a ello.

La situación actual por la que el país está atravesando debido a la pandemia por COVID-19, ha significado un gran desafío para los profesionales de salud, especialmente en la atención primaria, por lo que, se ha tenido que implementar estrategias que anteriormente no se realizaban con mayor énfasis, permitiendo realizar actividades preventivo-promocionales, continuidad de tratamientos mediante el uso de la tecnología, asimismo en casos especiales realizar las visitas domiciliarias con todos los protocolos de bioseguridad. Esto también es referido por las profesionales que participaron en la presente investigación, enfatizando que se ha incorporado una nueva estrategia de atención, como el tele-monitoreo, el cual, se realiza a través de llamadas telefónicas, resaltando que esta estrategia no es nueva, pero debido a la pandemia, ha sido una de las más convenientes para el seguimiento de la población, especialmente en la etapa de vida, niño.

No obstante, ese resultado es respaldado por Villena<sup>65</sup>, quien destaca que, debido a la propagación del virus se debe generar la adaptación de las intervenciones a la situación de pandemia, de igual modo, enfatiza que la labor primordial en la atención primaria debe ser la parte preventiva-promocional para evitar los contagios. Asimismo, menciona que se debe tener una consideración especial en cuanto al seguimiento de los pacientes pertenecientes a grupos de riesgo, entre ellos los niños con enfermedades prevalente, no inmunizados y con tratamientos de anemia. Para ello, se ha implementado herramientas de la tele-consulta, tele-monitoreo y tele-orientación según condiciones familiares, además de la atención oportuna en caso lo requiera.

Considerando los resultados de las investigaciones presentadas, se puede decir que han coincidido en su la mayoría, en cuanto a las estrategias realizadas para la óptima atención al niño y los factores involucrados en el incumplimiento del CRED, asimismo pese a la situación actual por el virus COVID-19, las profesionales de enfermería han tenido que optar por realizar las intervenciones haciendo uso de la tecnología, tomando las condiciones con las que cuenta la población.

Así como se ha venido realizando intervenciones estipuladas en el MAIS-BFC dirigidas a la etapa de vida niño, también se realiza en la etapa adolescente, pero con mayor énfasis en los colegios, por lo que la segunda subcategoría se denomina, **intervenir en los colegios, la mejor alternativa para brindar el paquete integral al adolescente**. Las profesionales han referido que, en su experiencia, en el consultorio de la etapa de vida del adolescente resulta difícil que ellos acudan, siendo el colegio el ambiente adecuado para la captación de esta población. Siendo allí donde se realizan las inmunizaciones, suplementación, controles de crecimiento en los casos que se requiera, actividades colectivas como sesiones educativas; todo ello bajo en consentimiento de las autoridades educativas y padres de familia.

Considerando la información obtenida, Estébanez<sup>66</sup>, sostiene que la enfermería escolar es un fuerte soporte del sistema educativo, no solo a través de actividades de prevención y acción directa contra accidentes, sino que cumple una misión tan importante como la educación en la salud, siendo esta necesaria para desarrollar hábitos saludables en niños y adolescentes, evitando así a largo plazo, los problemas de salud. De acuerdo con Alvares, Eguilaz y Miguel<sup>67</sup>, señalan en sus evidencias, en general toda la comunidad está satisfecha con la presencia de enfermeras: familia, equipo de gestión y profesores, que describen que la presencia de una enfermera ayuda a promover la conciliación de la vida familiar y laboral, y resuelve interrogantes sobre la salud de los estudiantes, aporta calidad y reputación a los centros que cuentan con estos profesionales, los docentes no necesita asumir responsabilidades más allá del ámbito de sus funciones, en general los profesionales entrevistados mostraron una alta satisfacción, se sintieron reconocidos y realizados.

Los resultados del estudio son similares a los de Corral<sup>68</sup>, en su estudio dirigido a padres y alumnos dio a conocer que, los participantes manifestaron incapacidad y desconocimiento ante el surgimiento de problemas de salud, así como también desinterés por pedir ayuda a los centros y profesionales de salud, por lo que han sugerido que, la presencia de una enfermera en el centro educativo es fundamental para brindar conocimientos acerca de mantenimiento de la salud de los estudiantes. Por lo tanto, se considera importante la iniciativa del trabajo de enfermería y de la colaboración de ciertos directivos en cada situación.

Teniendo en cuenta los resultados de las investigaciones presentadas, concuerdan con los resultados del presente estudio, considerando que es fundamental la presencia de un profesional de

salud en los colegios, de modo que, mediante las actividades realizadas ya sean de promoción, prevención, sesiones educativas, seguimiento, inmunizaciones, etc., se contribuya a la disminución de enfermedades prevalentes en esta etapa, no obstante, el tiempo estipulado para que la enfermera realice las intervenciones es insuficiente, por lo cual se sugiere que mediante gestiones con autoridades educativas se pueda requerir a profesionales de tiempo completo.

Continuando con la tercera subcategoría llamada, **Promoviendo una cultura de salud en el adulto y adulto joven al brindar el paquete de atención integral**. Las enfermeras refieren que esta etapa acuden al establecimiento solo ante la aparición de alguna dolencia, por ello al aplicar el MAIS-BFC y las intervenciones estipuladas, toman en cuenta la cultura de la persona, es decir en busca de una cultura de salud, asimismo enfatizan en que en su mayoría son las mujeres a las que se logra intervenir, puesto los hombres casi nunca se encuentran en casa por motivos laborales. Estos resultados concuerdan con los de Costilla, Chamorro y Herrera<sup>69</sup>. Cuando afirman que, el proceso de cambios de comportamiento y actitud es un proceso complejo, no solo se tiene que aprender cosas nuevas, sino que también implica olvidar los hábitos y el aprendizaje arraigados en la personalidad, las relaciones sociales individuales y la propia cultura de la comunidad. Por tanto, cualquier plan dirigido a lograr un cambio cultural debe tener en cuenta las estrategias mutuamente decisivas de temas, comportamientos y circunstancias.

Se debe tener en cuenta que los hábitos y costumbres de la salud son diferentes en cada contexto comunitario, especialmente cuando pertenecen a diferentes pueblos indígenas. Estas prácticas pueden ser beneficiosas para todos los usuarios de los servicios de salud; sin embargo, generalmente son poco conocidas y en algunos casos ignoradas por los trabajadores de la salud<sup>70</sup>. Estos resultados refuerzan a lo manifestado por las enfermeras, puesto que en la micro red Lambayeque existen pueblos donde la cultura de la población aún se toma en cuenta para las intervenciones.

De igual modo en Ecuador, mediante una investigación realizada por Gafas, Herrera y Pulgar<sup>71</sup>. Llegaron a la conclusión a lo siguiente, con la implementación MAIS-FCI, se logró desarrollar una nueva forma de relación con las personas, familias y comunidades, estableciendo buenas prácticas saludables, desarrollando intervenciones para resultados de impacto social y creyendo firmemente que los métodos biosociológicos, multidisciplinarios y transculturales son más efectivos para responder a las necesidades de los individuos, familias y comunidades, contribuyendo así a mejorar su calidad de vida.

A la comparación de los resultados encontrados, se puede aclarar que, es importante tomar en cuenta a la cultura la persona al realizar intervenciones, puesto que muchas veces las creencias y costumbres han generado resultados positivos para la salud, no obstante el profesional de enfermería debe implementar estrategias que le permitan abordar de la mejor manera aspectos arraigados en la persona a través de acuerdos, diálogos, sin dejar de lado el respeto a estas.

Siguiendo con la cuarta subcategoría, en consideración a la última etapa de vida fue denominada, **Experiencias satisfactorias al brindar el paquete de atención integral al adulto mayor**. Las vivencias en esta etapa han sido satisfactorias, reconfortantes, porque se ha contado con el apoyo de los clubs de adulto mayor, los establecimientos, los hogares (mediante las visitas), para la realización de las intervenciones de control, vacunas, sin dejar de lado la parte recreativa. Sin embargo, han manifestado situaciones de tristeza por situaciones de abandono y maltrato a los

adultos mayores, así como por no poder abordar más allá de la enfermedad, además de no contar con el apoyo adecuado por parte del estado para que se brinde una mejor atención.

Estos resultados se respaldan con los de Sosa, et al<sup>72</sup>. Mediante las acciones realizadas en la atención primaria, no se produjo cambios biológicos crónicos (enfermedad crónica) en el adulto mayor, sino que se mantuvo el control de estas, además de proporcionar información para su autocuidado. En cuanto a los grupos de personas de la tercera edad en la comunidad, se logró buena asistencia y retención de las sesiones desarrolladas de tipo formativo y educativo orientado a la salud, logrando la inclusión social de 95%, tomando como protagonistas a la familia y al propio adulto mayor. Asimismo, Zapata, Delgado y Cardona<sup>73</sup>, obtuvieron en su estudio que el sentimiento de soledad en las personas adultas mayores conlleva a sentirse desamparados y vulnerables. Siendo el apoyo de la familia y el personal de salud catalogado como satisfactorio, pero en cuanto las actividades realizadas los adultos mayores han referido que el tiempo empleado para estas, debe ser acordado con ellos antes de realizar las estrategias.

En comparación con las evidencias de la presente investigación, las profesionales en sus intervenciones han encontrado muy poco apoyo por parte de la familia, pero sí con los clubs del adulto mayor, generando satisfacción al ver el interés de las personas por acudir e integrarse con los demás, también en sus actividades han tenido en cuenta el control de las enfermedades no transmisibles, la parte recreativa, tratando de ayudar de gran modo a esta etapa. Todo ello surge de una decisión política de implementar y hacer cumplir los lineamientos que se han promulgado, conduciendo al desarrollo de una cultura de autocuidado aceptable para las personas mayores<sup>74</sup>.

Miramira<sup>75</sup>, en su investigación sobre la percepción de los adultos mayor sobre la atención recibida por el personal de enfermería fue, mediadamente favorable y un ligero porcentaje fue desfavorable, evidenciando que la enfermera al brindar los cuidados no lo hace de manera integral, siendo preocupante porque las estrategias no son desarrolladas adecuadamente, es decir que no son empleadas de manera holística. De igual manera, Morocco<sup>76</sup>, en su estudio cuantitativo obtuvo que, la percepción de la mayoría de los pacientes ancianos, en cuanto a la calidad de la atención es del 78% y 74%, respectivamente, calidad de la atención a nivel técnico (oportuno, continuo y seguro) es considerada insuficiente por el 70%. Estos resultados no han sido análogos con los de la presente investigación, debido a que las participantes manifiestan haber sentido satisfacción al intervenir en esta etapa, pero no han tenido el suficiente apoyo para que los objetivos trazados se logren eficientemente. La comparación de los resultados permite aclarar que las intervenciones realizadas son mediadamente aceptables por la población de esta etapa, porque aún existe ineficiencia en cuanto a la atención brindada por la enfermera debido al deficiente apoyo por parte de las autoridades involucradas.

Es evidente que la labor del profesional de enfermería al brindar el paquete de atención integral en esta etapa, ha permitido obtener experiencias satisfactorias, ya que en las investigaciones encontradas se ha referido que son los mismos adultos mayores quienes expresan conformidad ante la atención brindada, asimismo los clubs de ayuda han sido muy efectivos en cuanto a la parte recreativa de este grupo etario, porque se le ha permitido integrarse con otras personas de su misma etapa y compartir emociones, vivencias y actividades. Sin embargo, el apoyo familiar que vendría a ser muy importante para una percepción óptima de la atención brinda, es muy disminuida para con el adulto mayor, conllevado a situaciones de abandono y tristeza, afectado la salud mental, emocional y física.

Tomando en cuenta a una de las dimensiones de experiencia, la cuarta categoría titulada **Individualizando experiencias desde los sentimientos al aplicar el MAIS-BFC**, la primera subcategoría denominada, **Vivenciando sentimientos positivos al aplicar el modelo de atención**. A lo cual las participantes han referido que, al aplicar el modelo de atención los sentimientos positivos percibidos han sido de satisfacción, gratificación, alegría, por contribuir con la salud en los integrantes de una familia, al ver la preocupación de la población por su autocuidado, niños sanos que acuden a sus controles, las personas se encuentran motivadas, participativas en las actividades, etc. Lo cual coinciden con los hallazgos de Mendoza<sup>77</sup>. El cual resalta que, la satisfacción laboral en el personal de salud se encuentra relacionado con la participación y actitud positivas de la comunidad y la familia, puesto que ayudará a que las intervenciones sean más efectivas y su conjunto se generen respuestas positivas en la salud, de igual modo, refiere que la satisfacción laboral genera en la profesional de salud emociones positivas que contribuyen en generar motivación y entusiasmo para seguir trabajando con la población.

Lo mismo con los resultados en el estudio de León y Loba<sup>78</sup>., muestran un sentimiento positivo en el trabajo del personal de salud, que se manifiesta principalmente en la expresión de satisfacción, reconocimiento, motivación y estímulo para la realización de las actividades. En el trabajo real, los aspectos frecuentes relacionados con el gusto se atribuyen a los siguientes aspectos: la misión de servicio a toda la comunidad, el desempeño exitoso de sus funciones y tareas, la afinidad de imagen profesional y la naturaleza del cargo desempeñado, el amor a la carrera y el sentido de pertenencia.

Los acontecimientos en la salud de las personas han generado en los profesionales sentimientos de optimismo y altos niveles de motivación de seguir interviniendo con el mejoramiento de la salud las personas, esto ha contribuido en el mejoramiento de las estrategias establecidas en el MAIS-BFC, teniendo como base las características culturales de la comunidad. García<sup>44</sup> sostiene que cuando el sentimiento es positivo, permite a los profesionales tener la capacidad de afrontar y dar soluciones a los problemas que se le presenten. Igualmente, Donoso, et al<sup>46</sup>, expresan que, el personal de enfermería con alto entusiasmo laboral tiene las habilidades para enfrentar los desafíos emocionales que afectan su labor profesional, motivándolos para obtener resultados satisfactorios en la prestación de cuidados.

Respecto a la segunda subcategoría, **Vivenciando sentimientos negativos al aplicar el modelo de atención**. Estas emociones se han involucrado en el cuidado brindado a cada etapa de vida Señalando que han sentido emociones como ansiedad, tristeza, depresión e impotencia, en muchos casos debido a las propias actitudes de las personas, también revelan que la presencia de los sentimientos como frustración, pena, desconcierto, por el incumplimiento, falta de interés y compromiso por parte de las familias, y también por parte de la enfermera, por el hecho de no poder ayudar en aspectos fuera de su alcance profesional. Al comparar con otros hallazgos, estos se asemejan a los de León, y Loba<sup>78</sup>. Explican que, los sentimientos más reflejados en los sujetos de estudio han sido de malestar, poca energía y de voluntad, a consecuencia de limitaciones o falta de conocimientos sobre salud, que restringen la realización de diferentes actividades, también han percibido el sentimiento de impotencia al no poder desarrollar intervenciones a cabalidad y otras que no se desarrollan, debido a bajo recurso económico.

Desde la posición de Suarez<sup>79</sup>. Los sentimientos experimentados por los sujetos en su investigación fueron de tristeza e impotencia ante el contexto social de los pacientes, así como también el hecho de no proporcionar una atención más integral con mayor dedicación de tiempo, de igual modo al realizar las visitas la falta de comprensión sobre los factores socioculturales en la familia, el no poder otorgar la educación en salud oportunamente previo a la aparición de la enfermedad y por último la sensación de crear en la población la importancia como personas para con el equipo de salud. Estos resultados tienen una similitud parcial con los de la investigación, puesto que los sentimientos expresados si son los mismos, pero los factores condicionantes son diferentes.

Un estudio cuantitativo ejecutado por Siles, Noreña y Solano<sup>80</sup>, explica en sus evidencias que, los sentimientos con mayor frecuencia en el personal de salud ha sido la tristeza, rabia e impotencia ante los malestares de los pacientes (87%) y desesperación ante la enfermedad de niños (13%). Así como también la aparición del miedo a cometer errores e incertidumbre al no saber qué hacer durante la prestación de cuidados. En estas evidencias se aprecian como las emociones constituyen impulsos o un retraso para las acciones a desarrollar, repercutiendo también en la interacción de enfermera-paciente.

Aredo<sup>81</sup>, refiere en uno de sus resultados, que la enfermera del primer nivel experimenta sentimientos positivos y negativos a brindar cuidados a la persona, familia y comunidad. En cuanto a negativos se refiere, han sido debido a factores generadores de una gran carga emocional, siendo estos sentimientos de agobio, estrés y frustración, como consecuencia de insatisfacción en el área de trabajo, aspectos que están fuera del alcance de su profesión, incumplimiento y desinterés en la población.

García<sup>44</sup>. Señala que cuando el estado de ánimo no es positivo, se hace presente la ausencia de energía en la enfermera, infiriendo directamente en la atención al paciente, de modo que se percibe incapacidad para enfrentar los sanitarios, causando tristeza, insatisfacción, culpa, etc. A su vez Donoso<sup>46</sup> et al, ratifican que, ante la presencia de dificultades al intervenir, causa intensidad emocional, trayendo consigo afecciones de estrés, agotamiento, que en un periodo de tiempo puede originar problemas de salud en el profesional.

Los resultados anteriormente redactados son similares a los de la investigación, en cuanto a los sentimientos percibidos, pero en cuanto a los factores que condicionan las emociones difiere en algunos. Sin embargo, en su conjunto han destacado, como es que el profesional de enfermería del primer nivel ha tenido que lidiar con aquellas sanciones para otorgar de alguna manera la atención a la persona.

Por último, en la quinta categoría de la presente investigación titulada **Limitantes percibidas en la aplicación del MAIS-BFC desde la experiencia del profesional de enfermería**. Respecto a la primera subcategoría: **Necesidad de capacitación y abastecimiento de insumos**. En cuanto a la aplicación de modelo de atención integral, las enfermeras refieren que existe la necesidad de capacitación, sensibilización, del personal que labora en la atención primaria de salud para que dicho modelo se pueda aplicar con éxito, de igual manera para que esto suceda, manifiestan que se requiere de recursos e insumos necesarios, siendo estos uno de los principales problemas en los centros de salud de la micro red.

Al respecto, González<sup>82</sup>. Refiere que, En el contexto del “modelo de atención integral”, el profesional de enfermería se describe como competente y también ha establecido contactos útiles con la familia y comunidad para que estén satisfechos con su trabajo; sin embargo, los hechos muestran que la falta de capacitación de tales profesionales constituye un obstáculo para el desempeño en el espacio. Existe evidencia de que el modelo de salud se encuentra todavía en el nivel teórico más que práctico. De acuerdo con Gafas, Herrera y Salazar<sup>71</sup>. La implementación de especializaciones y capacitaciones en enfermería familiar comunitaria, se considera necesaria para el progreso científico de dicha disciplina, pues brinda actualización, profundización y mejoramiento el desempeño de los profesionales de la atención primaria en correspondencia con las necesidades de desarrollo económico, social y cultural del país.

Según las investigaciones presentadas aún existe la necesidad de actualización de conocimiento en cuanto a estrategias realizadas en el ámbito familiar comunitario, siendo estos necesarios para la óptima aplicación del MAIS-BFC tal cual lo han expresado las participantes del estudio. De igual forma, para que las actividades generen transformaciones en la salud de las personas, es importante que los servicios cuenten con los insumos adecuados y necesarios, cosa que aún sigue siendo una limitante para el equipo de salud según lo referido por las enfermeras. A ello, en un estudio realizado por Chang, et al<sup>49</sup>, sostuvo que la influencia de área administrativa en atención primaria fue negativa, debido a que no se realizan gestiones adecuadas para la implementación de insumos y recursos en los servicios de atención, sabiendo que uno de los principales objetivos de la salud pública es brindar un servicio de calidad al usuario, sin embargo para que esto suceda, los centros de salud tiene que velar porque las condiciones de trabajo sean las adecuadas, para el buen desenvolvimiento del equipo de salud, y por ende logre la satisfacción en la persona. Esos resultados guardan relación con los de la investigación, puesto que resaltan la importancia de abastecimiento de insumos para que se logre una atención de calidad.

Siguiendo con la segunda subcategoría se denomina, **Tiempo insuficiente para la implementación adecuada del MAIS-BFC**, Una de las limitaciones más importantes que presentan las enfermeras es el tiempo, ya que han referido que no se ha logrado ejecutar adecuadamente el MAIS-BFC debido a la poca cantidad de horas establecidas, ya sea para las visitas o para la atención, así como también no se han logrado completar aquellas actividades programadas. Estos resultados coinciden con los de Dois, et al<sup>83</sup>, ya que considera que una de las interferencias para el cumplimiento de los objetivos en el primer nivel, en cuanto a garantizar la atención integral, es el tiempo requerido para cada actividad, por lo que en el establecimiento que realizo su investigación, han tenido que cancelar citas, las consultas son atendidas a un menor número y se ha dado prioridad a las personas adultas mayores, niños y población en periodo de gestación.

El reconocimiento de la calidad de los servicios y la atención en el primer nivel, hace referencia a los desafíos que el personal debe superar constantemente, incluido el uso del tiempo suficiente y oportuno para brindar una atención integral a la persona y familia, porque abarca métodos individuales y estrategias de acción comunitaria. Por ello, los autores mencionan que es necesario profundizar la investigación sobre las mejores estrategias que se pueden utilizar para realizar las actividades de salud de manera oportuna y clara<sup>84</sup>.

En cuanto a las visitas domiciliarias, las profesionales han expresado, bajo su experiencia no haberlo realizado adecuadamente por la falta de tiempo. A ello, Chamorro y Razeto<sup>85</sup>. En su estudio

obtuvieron como resultado lo siguiente, las participantes mencionaron que el tiempo que utilizaron para realizar la VD fue en un tiempo menor a 45 minutos, lo cual no les permitía cumplir con los objetivos trazados antes de ejecutarla, a lo que los autores Mencionan que para que una VD se realice adecuadamente es requiere de un tiempo no menor a 60 minutos. Estas evidencias comprueban lo manifestado por las participantes, puesto que al realizar las visitas a las familias el tiempo no es el adecuado, por lo cual podemos decir que es importante que en los establecimientos se establezcan un número de horas o una cantidad de familias considerada, para el cumplimiento de las metas y actividades completas.

Finalmente respecto a la tercera y última subcategoría denominada, **Influencia de aspectos familiares y culturales en la aplicación del MAIS-BFC**, las profesionales de salud, han presenciado situaciones al realizar las intervenciones sugeridas por el modelo, en las que las creencias religiosas no le ha permitido intervenir, pues las personas no creen en la actuación de la parte médica y preventiva, otro de los aspectos es que las familias no cuentan con el tiempo suficiente para aceptar los cuidados, porque no lo consideran importante.

Un estudio relacionado con el cuidado que brinda la enfermera a la familia bajo el marco del MAIS BFC realizado por Gonzáles y Piscoya<sup>52</sup>. Uno de sus resultados fue que, al enfrentarse a la realidad del campo de enfermería en el hogar, los trabajadores de la salud encuentran que las personas no tienen interés en cuidar su propia salud, esto se debe a que aún existen ideas, creencias y religiones que llevaron a la persona a solo acudir al sector salud ante la aparición de la enfermedad, sin permitir que la parte preventiva-promocional que ofrece la enfermera haga énfasis en su bienestar de salud.

Así también, en los hallazgos obtenidos por Pinedo<sup>86</sup>. Declara que, los factores relacionados en la accesibilidad, captación e intervención de los usuarios en el contexto familiar son aquellos elementos asociados con la cultura, ámbito social, dentro de ellas las creencias y las decisiones e influencias familiares. Por lo cual se aclara que, la implementación del cuidado con enfoque intercultural debe estar relacionado con la disponibilidad del individuo, para que como consecuencia las personas empiecen a tener la confianza en el sector salud, sin dejar de lado parcialmente sus creencias.

En cuanto a la comparación de los resultados con los de la investigación, si se asemejan, porque cada uno ha detallado cuál han sido los factores relacionados a la aplicación inadecuada del modelo, y en su mayoría han presenciado las condiciones culturales en la persona. No obstante no se encontraron específicamente investigaciones que resalten las preocupaciones del personal de salud y el paciente.

Uno de los factores que condiciones a la óptima aplicación del MAIS-BFC es la interculturalidad, considerando en diferentes circunstancias esto ha sido una de las limitantes más evidencias por los sujetos de estudio, debido a que la cultura en la población ha creado en el personal de salud un reto con el que se tiene que lidiar para alcanzar los objetivos trazados, es por eso que el autor recomienda que las acciones sean ejecutadas basándose en el respeto y tolerancia hacia las personas con aspectos culturales arraigados, dejando de lado todo acto discriminatorio o prejuicios hacia las personas<sup>87</sup>.

## Conclusiones

Teniendo en cuenta a los resultados encontrados en base a las experiencias de las enfermeras al aplicar el MAIS BFC se concluye lo siguiente:

- El modelo ha sido conceptualizado como un proceso a seguir al realizar intervenciones dirigidas a la persona, familia y comunidad, enfocándose en lo preventivo promocional, además ha permitido sobrellevar aquellos paradigmas que dan lugar a laborar bajo un modelo biomédico dejando de lado otras disciplinas importantes para la resolución de los problemas de salud.
- El modelo ha sido aplicado por etapas de vida, se ha realizado estrategias que han permitido reconocer los factores relacionados ante el incumplimiento del paquete integral para la etapa de vida niño, por lo cual se ha tenido que hacer seguimientos, uso de registros, llamadas telefónicas, tomando en cuenta las condiciones de la población. Igualmente, la estrategia más utilizada para la atención al adolescente, ha sido intervenciones realizadas directamente en los colegios, dejando en claro que aún existe la necesidad de enfermeras en ese rubro. De igual importancia ha sido las intervenciones dirigidas a la etapa adulto y adulto joven, puesto que se ha impartido actividades orientadas a la cultura en salud. Por último y no menos importante la etapa adulto mayor, ha sido catalogado como una etapa difícil de intervenir, debido a las diferentes enfermedades no transmisibles frecuentes en esta etapa, pero a la vez satisfactoria por los resultados obtenidos gracias al apoyo recibido por parte de los clubes destinados a la tercera edad.
- Los sentimientos negativos y positivos percibidos al aplicar el modelo generan en los profesionales impulsos o retrasos en las intervenciones a realizar. Asimismo, se rectifica que la presencia de emociones adversas al intervenir puede causar intensidad emocional, trayendo consigo afecciones de estrés, agotamiento, que en un periodo de tiempo origina problemas de salud en el profesional.
- Las limitantes apreciadas han sido generalmente la falta de insumos y recursos en los servicios, los aspectos culturales de la población, la capacitación y especialización de profesionales en atención primaria; por tal motivo no se logra implementar adecuadamente el modelo de atención. De modo que, es importante que ante las limitaciones mencionadas se pueda actuar y concientizar oportunamente, sabiendo que uno de los principales objetivos de la salud pública es brindar un servicio de calidad al usuario.

## Recomendaciones

### Al personal de salud

- Concientización respecto a la capacitación recibida por el ministerio de salud respecto a las intervenciones a realizar según el MAIS-BFC.
- Continuar especializándose en las diferentes disciplinas de enfermería.
- Continua búsqueda de información actualizada sobre aspectos que condicionan la óptima aplicación del modelo.
- Capacitarse acerca de las nuevas tecnologías que se utilizan en la actualidad para mejorar las intervenciones.

### A las instituciones de salud

- Realizar capacitaciones dirigidas a las profesionales de enfermería sobre las estrategias implementadas en el MAIS-BFC.
- Gestionar abastecimiento de insumos y recursos para la realización de las visitas domiciliarias y actividades en los establecimientos.
- Brindar suficiente dotación de personal, para que el profesional de enfermería disponga del tiempo necesario para brindar atención a la familia.
- Considerar proporcionar incentivos para el óptimo desarrollo personal y profesional del equipo de salud.

### A las instituciones formadoras

- Considerar temáticas relacionadas a la atención familiar comunitaria.
- Incentivar a los estudiantes a la profundización de información concerniente al modelo de atención, así como también de la revisión de las nuevas normas técnicas dadas por el ministerio de salud.

### A los investigadores: Se sugiere seguir profundizando en las siguientes temáticas

- Cuidado Transcultural al aplicar el MAIS-BFC.
- Ética del cuidado en la aplicación del modelo de atención integral.
- Limitaciones comunitarias ante la aplicación del modelo.
- Percepción de las familias ante las intervenciones realizadas por el equipo de salud en nivel primario en la aplicación del modelo.

## Referencias

1. Ministerio de salud. Modelo de atención integral de salud basado en la familia y comunidad: documento técnico [internet]. Lima: Dirección General de Salud de las Personas. Secretaría Técnica Comisión de Renovación del MAIS-BFC. Ministerio de salud; 2011 [consultado 24 Jun 2019]. Disponible en: <https://determinantes.dge.gob.pe/archivos/1880.pdf>
2. Sistema nacional de salud. Modelo de atención integral con enfoque de salud familiar: documento técnico [internet]. El Salvador. Miembros del sistema Nacional de salud; 2017 [consultado 24 Jun 2019]. Disponible en: <https://url2.ci/M8vtW>
3. Polo O. Experiencia en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad desde la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar. Rev. Perú. Ginecol. Obstet [internet]. 2018 [consultado 25 Jun 2019]; 64(3):375-81. Disponible en: <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2100>
4. Gonzales M. Experiencias de enfermeros de la atención primaria, partícipes del modelo de atención integral. Rev. salud pública [Internet]. Dic. 2018[consultado 25 Abr 2020]; 20(6): 677-83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v20n6.74337>
5. Costilla AT, Universitario C, Chalco VD. Enfermería de salud comunitaria: promoción de conductas saludables en una comunidad rural del Estado de México, México. Rev Enferm IMSS. [internet]. 2018 [consultada 23 sept 2019] 26(2):135-43. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=80657>
6. Thomas CD. El cuidado de enfermería con enfoque en la comunidad Nursing care with a community approach, Rev Cubana Med Gen Integr [internet]. 2018 [consultada 25 Ago 2019]; 34(1):55-62. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252018000100007&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252018000100007&script=sci_arttext&tlng=pt)
7. Dois A, Bravo P, Soto G. Atributos y características de los principios orientadores del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria desde la perspectiva de expertos en APS. Rev, méd. Chile [internet]. 2017 [consultada 5 Sept 2019]; 145(7):879-87. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000700879>
8. Mayra-freire B. Modelo de atención integral de salud familiar comunitario e intercultural (mais - fci) en relación con el nivel de aceptación de la población que acude al centro de salud tipo c de Lasso [tesis de licenciatura en internet]. Universidad técnica de ambato facultad de ciencias de la salud carrera de enfermería. 2015 [consultada 26 jun 2019]; 91 p. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/14370>
9. Vera-cala LM, Rivera R, Rojas OA, Uribe LM. Evaluación de percepción de competencias de trabajadores respecto del Modelo Integral de Atención en Salud. Rev Univ Ind Santander Salud. [internet]. 2017[consultada 19 Sept 2019]; 49(2): 302-11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v49n2-2017003>

10. Cunto M. Factores socioculturales e implementación del Modelo de Atención Integral de Salud-Ayacucho 2016 [tesis doctoral en internet]. [Ayacucho]: Universidad César Vallejo; 2016 [consultada el 27 jun 2019]. 65 p. Disponible en: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/20261>
11. Vilcarrromero NLL. Propuesta de modelo de gestión intercultural para mejorar la atención integral de salud bfc de los centros de salud i-3 de la provincia de Condorcanqui amazonas 2016 [tesis doctoral en internet]. Univ césar vallejo. 2017 [consultada el 27 jun 2019]. 160 p. Disponible en: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/19113>
12. Sagástegui G. Actitudes del profesional de enfermería frente al modelo de atención integral de salud CLAS USQuil [tesis de magister en internet]. [Trujillo]: Universidad Nacional de Trujillo; 2017 [consultada el 27 jun 2019]. 56 p. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/12528>
13. Apolo M. Nivel de conocimientos y actitudes del personal de salud en la aplicación del modelo de atención integral de salud de la Micreo Red Corrales [tesis de licenciatura en internet]. [Tumbes]: Universidad nacional de Tumbes; 2018 [consultada el 27 jun 2019]. 53 p. Disponible en: <http://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/UNITUMBES/276>
14. Fernández J. Experiencias de las enfermeras en la implantación del modelo de atención integral de salud, CLASS san Pedro- Lambayeque, 2010 [tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. [Chiclayo]: Universidad católica santo Toribio de Mogrovejo; 2011. 95p.
15. Wojtyla K. Persona y acción. España: La editorial católica S.A; 1982. 349p.
16. Burgos, J. M. La experiencia integral. Un método para el personalismo. ediciones Palabra, Madrid: ISBN 2015, 368 p.
17. Raile M. Modelo y teorías en enfermería. España: Elsevier. 2015.550p.
18. Organización Mundial de la Salud. Enfermería. [Internet]. 2019 [Consultado 1 Oct 2019]. Disponible en: <http://origin.who.int/topics/nursing/es/>
19. Giraldo ÁF. El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. Sep 2015 [consultado 30 jun 2019] 2015; 33(3): 414-24. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12041781011>
20. Minsa. Modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad en el primer nivel: documento técnico [internet]. Guatemala y Perú: Comunidad FY, El EN, Nivel P. Salud sin límites Perú; 2017 [consultado 28 jun 2019]. Disponible en: <https://url2.cl/clBT6>
21. María D, Rodríguez C, Rebeca D, Oca M De, Ofelia L, Díaz H. La familia en el cuidado de la salud Family in health care. Univ ciencias médicas Matanzas [Internet]. 2015 [consultado 29 jun 2019] Disponible en: <https://url2.cl/x2FmZ>

22. Frías A, enfermería comunitaria. España: Masson S.A; 2000. 650p.
23. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: McGraw-Hill; 2018. 714p.
24. Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. Int.J.Morphol. [Internet]. 2017. [Consultado 18 Oct 2019]; 35(1):227–32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>
25. Grove S, Gray J, Burns N. Investigación en Enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en evidencia. 6 ed. España; 2016. 531p.
26. Berenguera A, Fernández de Sanmamed J, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender: Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol); 2017. 224p
27. Galicia L, Balderrama J, Edel R. Validez de contenido por juicio de expertos: propuesta de una herramienta virtual. Apert (Guadalajara, Jal) [Internet]. 2017. [consultado 20 Oct 2019]; 9(2):42-53. 12p. Disponible en: <https://url2.cl/xBvnk>
28. Plaza J, Uriguen P, Bejarano H. Validez y confiabilidad en la investigación cualitativa. Rev ARJÉ [Internet]. 2017. [Consultado 20 Oct 2019]; 11:352–7. 6p. Disponible en: <http://arje.bc.uc.edu.ve/arj21/art24.pdf>
29. Escudero V, Quirós F, Herrero M, Rodríguez B, Rodríguez A, Meneses M, et al. La ética de la investigación enfermera. Rev. Enferm. CyL [Internet]. 2010 [consultado 10 oct 2019]; 2(2): 3-14. Disponible en: <https://url2.cl/TiAuu>
30. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española, 23.<sup>a</sup> ed., [Internet]. [Consultado 24 Oct 2020] Disponible en: <https://dle.rae.es>
31. Ubillús P. Experiencia en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad desde la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar. Rev Peru Ginecol Obstet. [internet] 2018 [consultado 05 Abril 2020]; 64(3):375-381. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2100>
32. Harispe E, Cavalleri F, León I. Actividades de enfermería profesional en los equipos de primer nivel de atención de Uruguay. Rev. Méd. Urug. [internet] 2020 [consultado 04 Jul 2020]; 36(1):20-27. DOI: <http://dx.doi.org/10.29193/rmu.36.1.3>
33. Marín J, Duván I; Universidad Santo Tomás Del concepto de paradigma en Thomas S. Kuhn, a los paradigmas de las ciencias de la cultura. Craiusta [internet] 2017 [consultado 24 oct 2020] Disponible en: <http://hdl.handle.net/11634/7396>

34. Olivé C. Cuidado humanístico y transpersonal: esencia de la enfermería en el siglo XXI. Fundamentos disciplinares. *Salus*. [internet] 2015 [consultado 26 Jun 2020]; 19(3): 20-26 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375944211005>
35. Alvares R, Eguilaz M, Miguel S. La enfermería escolar: un recurso necesario para la comunidad educativa. *Dialnet* [internet] 2018 [consultado 30 Jun 2020]; (22): 165-180 Disponible en: <https://doi.org/10.18172/con.3374>
36. Carbone F. Salud pública centrada en la persona, la familia y la comunidad. *Rev. Perú. med. exp. salud pública*. [Internet] 2016; 33(4), 837-38 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2580>
37. Santa Cruz K. [Programa de intervención de enfermería en promoción de la salud mental en adolescentes](#) [Tesis licenciatura internet]. Mexico: Universidad de sonora; 2016. [consultado 26 Jun 2020]. 69p. Disponible en: <https://url2.cl/A4ZWI>
38. Flores J, Lizama M. Modelo de atención y clasificación de Niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud-NANEAS: recomendaciones del Comité NANEAS de la Sociedad Chilena de Pediatría. *Rev Chilena* [internet] 2016 [consultado 30 Jun 2020]; 87(3): 224-232. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.03.005>
39. Castro S. Nivel de satisfacción de las madres de niños y niñas menores de 1 año sobre la calidad de atención brindada por la enfermera en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo de la Microred Yugoslavia Nuevo Chimbote 2016. [Tesis segunda especialidad internet]. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2016. [consultado 26 Jun 2020]. 63p. Disponible en: <http://repositorio.usmp.edu.pe/handle/usmp/2297>
40. Sierra L. La estrategia de atención primaria en salud desde la experiencia de enfermería en el departamento de Boyacá. *RASTROS Y ROSTROS DEL SABER* [internet] 2019 Agot 26 [citado 05 Abril 2020]; 4(6);26-38. Disponible en: <https://revistas.uptc.edu.co/index.php/rastrosyrostros/article/view/9947/8270>
41. Gómez S, Medina J, Mendoza B, Ugarte A, Martínez M. Investigación acción participativa; la educación para el autocuidado del adulto maduro, un proceso dialógico y emancipador. *Elsevier* [internet] 2015 [consultado 30 Jun 2020], 9 (47): 573- 580 Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.12.008>
42. Cervantes R, Villareal E, Galicia L, Vargas E, Martínez L. Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. *Elsevier* [internet] 2015 [consultado 2 Jul 2020], 6(47): 329-335 Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.07.007>
43. Guzmán C, Saucedo C. Experiencias, vivencias y sentidos en torno a la escuela y a los estudios: Abordajes desde las perspectivas de alumnos y estudiantes. *RMIE* [Internet] 2015 [consultado 25 Oct 2020] 20 (67): 1019-54 Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s140566662015000400002](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s140566662015000400002)

44. García V. Estudio comparativo entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria del Nivel de Burnout según la variable de personalidad, ansiedad y depresión, del personal sanitario (Médicos y Enfermeras) [Tesis Doctoral] Madrid: URJC; 2017 [Consultado 1 Dic 2020] 123p. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10115/14931>
45. Rocha G. Sentimientos de placer de las enfermeras que trabajan en la atención primaria. Rev. Bras. Enferm [internet] 2019 [consultado 2 Jul 2020], 4(72): 1036-1043 Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0518>.
46. Donoso L. et al. Beneficios positivos de cuidar en la motivación y el bienestar del personal de enfermería: un estudio de diario sobre el papel de las habilidades de regulación emocional en el trabajo. Arch Prev Riesgos Labor [Internet] 2015 [Consultado 1 Dic 2020] 18 (3): 152-54 Disponible en: doi: 10.12961/aprl.2015.18.3.08
47. Gonzáles K, Piscoya M. Cuidado enfermero a la familia nuclear en expansión en el marco del MAIS BFC En La Micro-Red Lambayeque - Minsa 2018. [Tesis de licenciatura en enfermería]. Lambayeque: UPRG; 2020. [Consultado 29 Oct 2020], 139p. Disponible en: <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/UNPRG/4508>
48. Perdomo I. et al. Alcance de las investigaciones del Programa de Maestría en Atención Primaria de Salud. Educ Med Super [Internet] 2015 [Consultado 1 Dic 2020] 29(02):211-19 Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412015000200002&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412015000200002&script=sci_arttext&tlng=en)
49. Chang S. et al. La gestión administrativa influye en la atención primaria en el puesto de salud San Roque, segundo semestre 2016 [Tesis de licenciatura en administración] Lima: UIGDV; 2016 [Consultado 3 Dic 202] 59p. Disponible: <http://168.121.45.184/handle/20.500.11818/1716>
50. Ligia G. et al. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. Saúde debate [Internet]. 2015 Jun [Consultado 03 Dic 2020]; 39(105): 300-322. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002002>.
51. Lui B. Estudio de caso: Diagnóstico de desempeño del enfoque intercultural del modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad (MAIS-BFC) en la atención prenatal de los centros de salud de QUICHUAS y SANTIAGO DE PICHUS, TAYACAJA, HUANCVELICA, para el periodo 2015-2017. [Tesis de licenciatura en gestión] Lima: PUCP; 2019 [Consultado 5 Dic 2020] 193p. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12404/13526>
52. Gonzáles K y Piscoya M. Cuidado enfermero a la familia nuclear en expansión en el marco del MAIS BFC En La Micro-Red Lambayeque - Minsa 2018. [Tesis de Licenciatura en enfermería] Lambayeque: UPRG; 2019 [Consultado 5 Dic 2020] 139p. Disponible en: <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/UNPRG/4508>
53. Giraldo A., Toro M, Macías A, Valencia C, Palacio S. La Promoción de la Salud como Estrategia para el Fomento de Estilos de Vida Saludables. Hacia la promoción de la salud

- [Internet]. 2015 [Consultado 1 Nov 2020];15(1):128 -143. Disponible en: <https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/1976>
54. Parra D. Revolución científica de la salud familiar en Chile. Rev Enfermería Actual en Costa Rica [Internet]. 2016 [consultado 3 Nov 2020]; 31:1–16. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=557164932>.
55. Baeta S, María F. Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud-enfermedad. Comunidad y Salud [Internet]. 2015 [consultado 3 Nov 2020] ;13(2):81-83. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375743552011>
56. Giraldo A, Betancurth D, Orozco L, Mejía A. Fundamentación de la visita domiciliaria desde un enfoque de enfermería familiar y cultural. Rev. cienc. cuidad. [Internet] 2020 [consultado 3 Nov 2020]; 17(1):99-111. Disponible en: <https://doi.org/10.22463/17949831.1624>
57. Thomas CD. El cuidado de enfermería con enfoque en la comunidad. Rev Cubana Med Gen Integr La Habana [Internet]. Mar. 2018 [consultado 27 Oct. 2020]; 34(1):55–62. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252018000100007&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252018000100007&script=sci_arttext&tlng=pt)
58. Castañeda D. Participación de la enfermera comunitaria en la atención primaria de la salud. Microred Mórrope, 2017 [Tesis de licenciatura en internet]. [Lambayeque]: USAT; 2020. [Consultada el 27 jun 2019]. 95 p. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12423/2594>
59. Veliz L, Bianchett A, Silva M. Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. Sal.Publ [Internet]. Ëne. 2019 [Consultado 27 Oct 2020]; 35(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00120818>
60. Salud pública centrada en la persona, la familia y la comunidad. Rev. Perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2016 [consultado 27 Oct. 2020]; 33(4): 837-38. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2580>.
61. Villanueva E. Fortaleciendo el paquete de atención integral del programa CRED en el Centro de Salud Monterrey\_ Huaraz, 2018. [Trabajo académico segunda especialidad en internet]. Chimbote: ULADECH; 2018. [Consultado 01 Dic. 2020]. 98p. Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/4171>
62. Coyla S y Quispe J. Percepción materna sobre el cuidado de enfermería consultorio de niño sano Microred Francisco Bolognesi- Cayma, Arequipa 2016. [Tesis de licenciatura en internet]. Arequipa: UNSAA; 2016 [Consultado 01 Dic. 2020]. 133p. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/1791>.
63. Quevedo D. Factores que intervienen en el incumplimiento del control de crecimiento y desarrollo del niño y la niña menor de dos años Centro Materno Infantil Tablada de Lurín

- Lima - 2014. [Trabajo académico para especialización en internet]. Lima: UNSM; 2016 [Consultado 3 Dic. 2020]. 73p. Disponible en: <http://ateneo.unmsm.edu.pe/handle/123456789/5005>
64. Ampuero R. et al Cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo y satisfacción de la atención de enfermería en las madres de niños menores de 5 años. C.S. Maritza Campos Díaz - Zamácola. Arequipa 2017 [Tesis de licenciatura en internet]. Arequipa: UNSAA; 2018 [Consultado 3 Dic. 2020]. 85p. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5509>
65. Villena- J.Migración rural y pandemia: el rol del primer nivel de atención. Rev Soc Peru Med Interna. [Internet]. 2019 [Consultado 3 Dic. 2020]. 33(2): 89-90. Disponible en:<https://doi.org/10.36393/spmi.v33i2.529>.
66. Estébanez E. La enfermería en el ámbito escolar. [Tesis de licenciatura en enfermería]. Juame: Universitat Jaume I; 2018 [Consultado 3 Dic. 2020]. 39p. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10234/175425>
67. Alvares R, Eguilaz M y Miguel S. La enfermería escolar: un recurso necesario para la comunidad educativa. Rev. Edu [Internet]. 2018 [Consultado 5 Dic 2020] 22:165-180. Disponible en: <http://doi.org/10.18172/con.3374>
68. Corral O. La enfermera escolar: rol, funciones y efectividad como promotora de salud Corral Rodríguez, Olga [Tesis para licenciatura en enfermería]. Cantabria: EUDEC; 2016. [Consultado 5 Dic 2020]. 21p. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10902/8918>.
69. Costilla T, Chamorro E, Herrera M. Enfermería de salud comunitaria: promoción de conductas saludables en una comunidad rural del Estado de México, México. Rev Enferm IMSS. [Internet]. 2018 [consultado 25 Jul 2020]; 26(2):135-143. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=80657&id2>
70. Carbone F, Palomino Y. La atención primaria en salud. La experiencia peruana. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2018 Jul [Consultado 27 Oct 2020]; 64(3): 367-74. Disponible en: <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2099>
71. Gafas C, Herrera Y, Pulgar E. Modelo de atención integral de salud Vs. Calidad asistencial en el primer nivel, Riobamba 2014-2017. Educ. médica [internet]. Mar 2019 [consultada 27 Oct 2020]; 20(1): 136-42. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.10.023>
72. Sosa D, et al. Promoción de salud de carácter gerontagógico en la atención primaria. Rev. Cubana salud pública [internet]. 2017. [Consultado 6 Dic 2020] 43(3): 319-31 Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2017.v43n3/319-331/es/>
73. Zapata B, Delgado N, Cardona D. Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis, Colombia 2011. Rev. salud pública [Internet]. 2015 [Consultada 6 Dic 2020] 17(6): 848-60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n6.34739>

74. Valera L. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. Jun. 2016, [consultada 27 Oct 2020]; 33, (2):199-201. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196>
75. Miramira L. Percepción del adulto mayor sobre los cuidados de enfermería en los servicios de medicina en una institución de salud-minsa. [Tesis de licenciatura en enfermería]. Lima: UNSP; 2015 [Consultada 6 Dic 2020] 64p. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/4336>
76. Morocco E. Calidad de atención de enfermería desde la percepción del paciente adulto y adulto mayor, Hospital Regional Manuel Núñez Butrón - Puno, 2017 [Tesis licenciatura en internet]. Puno: UNDAPE; 2018 [Consultado 6 Dic 2020] 111p. Disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/7883>
77. Mendoza S. Relación entre clima social familiar y satisfacción laboral en los trabajadores de la Sub-gerencia de salud y medio ambiente de la municipalidad distrital de Castilla. Piura, 2015 [Tesis de licenciatura en internet]. Piura: ULADECH; 2016 [Consultado 6 Dic 2020] 84p. Disponible: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/116>
78. León P, Lobo N. Rol del profesional de enfermería en la coordinación de los planes de salud territorial. Rev Univ Ind Santander Salud. 2015 [Consultada 6 Dic 2020] 47(3): 325-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v47n3-2015008>
79. Suarez M. Percepción de la visita médica domiciliaria a adultos mayores. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2017 [Consultado 06 Dic 2020]; 23(2):20-23. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S172689582017000200004&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172689582017000200004&lng=es).
80. Siles J, Noreña A, Solano C. La inteligencia emocional durante las prácticas clínicas de alumnos de enfermería: un enfoque desde la antropología educativa aplicada a las prácticas clínicas. Ene. [Internet]. 2017 [Consultado 7 Dic 2020]; 11(2). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988348X2017000200008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988348X2017000200008&lng=es).
81. Aredo K. Cotidianidad de la enfermera en proceso de cuidar cuidado en el primer nivel de atención. [Tesis de licenciatura en internet] Trujillo: UNT; 2016. [Consultado 8 Dic 2020] 134p. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/14428>
82. Gonzalez M. Experiencias de enfermeros de la atención primaria, partícipes del modelo de atención integral. Rev. salud pública [Internet]. Agos. 2018, [consultado 25 Jul 2020]; 20(6):677-83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v20n6.74337>
83. Dois A, Contreras A, Bravo, Mora I, Soto G, Solís C. Principios orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la perspectiva de los usuarios. Rev. méd. Chile [Internet]. May 2016 [Consultado 27 Oct 2020]; 144(5): 585-92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500005>

84. Giovanella A, et al. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde debate* [Internet]. Jun 2015 [Consultado 07 Dic 2020]; 39(105):300-322. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002002>.
85. Chamorro P, Razeto A. Visita domiciliaria en Trabajo Social: ¿cómo la valoran y utilizan un grupo de estudiantes de la profesión?. *Rev. Trabajo social* [Internet] 2019 [Consultado 07 Dic 2020]; 89:15-28. Disponible en: <https://doi.org/10.7764/rts.89.15-28>
86. Pinedo B, Estudio de caso: Diagnóstico de desempeño del enfoque intercultural del modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad (MAIS-BFC) en la atención prenatal de los centros de salud de Quichuas y Santiago de Pichus, Tayacaja, Huancavelica, para el periodo 2015-2017. [Tesis de licenciatura en internet]. Lima: PUCP; 2017 [consultada 27 Oct 2020]. 177 p. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12404/13526>
87. Barboza v. Factores que condicionan la implementación de un modelo de atención integral de salud en un centro de salud, Lambayeque 2020. [Tesis de segunda especialidad en internet] Lambayeque: UPRG; 2020 [Consultado 08 Dic 2020]. 23p. Disponible en: <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/UNPRG/8513>

## Anexos

### ANEXO N°1

#### ENTREVISTA DIRIGIDA A LOS PROFESIONALES DE SALUD QUE LABORAN EN ESTABLECIMIENTOS DE LA SALUD DE LA MICRORRED LAMBAYEQUE

##### INSTRUCCIÓN:

La presente entrevista tiene como objetivo obtener información relevante sobre las experiencias de enfermeras aplicando el modelo de atención integral de salud basado en Familia y comunidad de los centros y puestos de salud de la Microred-Lambayeque, por lo que se solicita y agradece su colaboración con dicha entrevista, la cual será grabada solo para fines de la investigación. Dicha información será manipulada bajo los criterios de confiabilidad, por lo que se utilizará seudónimos con el fin de proteger la identidad de la persona.

##### I. DATOS GENERALES:

Fecha:.....

Seudónimo:..... Edad:.....

Establecimiento de salud donde labora: C.S ( ) P.S ( )

Condición laboral: Nombrado ( ) Contratado ( )

Tiempo de experiencia profesional:.....

Tiempo de trabajo en el establecimiento de salud:.....

Formación académica:

Especialidad:.....

Posgrado:.....

**II. Pregunta norteadora:** ¿Qué experiencias ha tenido en la aplicación del modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad?

##### III. Interrogantes:

1. ¿Cómo define usted al modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad?
2. ¿Por qué considera usted importante la aplicación del modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad?
3. ¿Qué experiencias ha tenido durante la atención brindada al niño según el modelo de atención integral basado en familia y comunidad?
4. ¿Qué experiencias ha tenido durante la atención brindada al adolescente según el modelo de atención integral basado en familia y comunidad?
5. ¿Qué experiencias ha tenido durante la atención brindada al adulto y adulto joven según el modelo de atención integral basado en familia y comunidad?
6. ¿Qué experiencias ha tenido durante la atención brindada al adulto mayor según el modelo de atención integral basado en familia y comunidad?
7. ¿Qué experiencias ha tenido al realizar la visita domiciliaria según el modelo de atención integral basado en familia y comunidad?
8. ¿Qué sentimientos ha tenido durante la atención brindada al niño sano según el modelo de atención integral basado en familia y comunidad?

9. ¿Qué sentimientos ha tenido durante la atención brindada al adolescente según el modelo de atención integral basado en familia y comunidad?
10. ¿Qué sentimientos ha tenido durante la atención brindada al adulto y adulto joven sano según el modelo de atención integral basado en familia y comunidad?
11. ¿Qué sentimientos ha tenido durante la atención brindada al adulto mayor según el modelo de atención integral basado en familia y comunidad?
12. ¿Qué sentimientos ha tenido al realizar la visita domiciliaria según el modelo de atención integral basado en familia y comunidad?
13. ¿Qué dificultades o limitaciones ha tenido durante la aplicación del modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad?
14. ¿Algo más que desea agregar?

## ANEXO N° 2

### VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

#### 3. INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

##### 1. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del Juez: Mtra. Flor Magallán Torres  
 Cargo de la Institución donde labora: Supermera / Docente  
 Años de servicio: 18 y 12 años Estudios de postgrado: Maestría en ciencias

##### 2. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Valoración: 0 = Debe mejorarse, 1 = Poco adecuado, 2 = Adecuado

CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para los sujetos. El vocabulario es apropiado al nivel educativo del sujeto de estudio	2
OBJETIVIDAD	Esta expresado en indicadores o preguntas precisos y claros.	2
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems/preguntas una organización lógica y clara.	0.5
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio, marco teórico	1.5
COHERENCIA	Coherencia entre la (variable /objeto) de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	1.5
RESULTADO DE VALIDACIÓN		7.5

Calificación: Aceptado (7-10 puntos), Debe mejorarse (4-6 puntos), Rechazado (< 3 puntos)

##### 3. SUGERENCIAS (realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considerarán oportunas para la mejora del cuestionario)

+ El MAIS basado en familia y comunidad no solo brinda o contempla atención al niño, adulto mayor, debería considerar a todas las etapas de vida en todo caso.  
 + Ordenar las preguntas la pte. 3 debe ir antes de la 2  
 + las preguntas 10, 11 y 12 sobre emociones no son coherentes con el objeto de estudio, ya que no son elementos de la experiencia. una casa son las sensaciones y otros, las emociones.

LUGAR Y FECHA: Chiclayo, 31 de octubre del 2019

  
 Firma del revisor

### 3. INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

#### 1. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del Juez: Mtro. Flor de María Mopalan Torres

Cargo de la Institución donde labora: Enfermera y Docente

Años de servicio: 18 años y 12 meses Estudios de postgrado: Maestría en Ciencias de Enfermería.

#### 2. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Valoración: 0 = Debe mejorarse, 1 = Poco adecuado, 2 = Adecuado

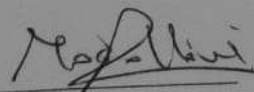
CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para los sujetos. El vocabulario es apropiado al nivel educativo del sujeto de estudio	1
OBJETIVIDAD	Esta expresado en indicadores o preguntas precisos y claros.	1
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems/preguntas una organización lógica y clara.	1
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio, marco teórico	0.5
COHERENCIA	Coherencia entre la (variable /objeto) de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	0.5
RESULTADO DE VALIDACIÓN		04

Calificación: **Aceptado** (7-10 puntos), **Debe mejorarse** (4-6 puntos), **Rechazado** (< 3 puntos)

#### 3. SUGERENCIAS (realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considerarán oportunas para la mejora del cuestionario)

- ① Del planteamiento del título no es correcto. Las experiencias son del individuo y no de las disciplinas, además existe un MAIS-BFC, vigente por tanto debe alinearse.
- ② Todas las preguntas no están alineadas al título, puesto que esta hace referencial al MAIS y las prep. al MAIS-BFC, son dos cosas distintas.
- ③ No colocar símbolos en las preguntas.
- ④ Cambiar el término "centro de salud" por "establecimiento".
- ⑤ Uniformizar término "implementación" o "aplicación".

LUGAR Y FECHA: Chiclayo, 23 de octubre del 2019.



Firma del revisor

## 8. INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

### 16. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del Juez: Sandra Covarrubia Miriam Elena  
 Cargo de la Institución donde labora: Docente Escuela Enfermería - USA T  
 Años de servicio: 15 años Estudios de postgrado: Doctorado en Enfermería

### 17. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Valoración: 0 = Debe mejorarse, 1 = Poco adecuado, 2 = Adecuado

CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para los sujetos. El vocabulario es apropiado al nivel educativo del sujeto de estudio	2
OBJETIVIDAD	Esta expresado en indicadores o preguntas precisos y claros.	1
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems/preguntas una organización lógica y clara.	1
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio, marco teórico	2
COHERENCIA	Coherencia entre la (variable/objeto) de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	2
RESULTADO DE VALIDACIÓN		8

Calificación: **Aceptado** (7-10 puntos), **Debe mejorarse** (4-6 puntos), **Rechazado** (< 3 puntos)

### 18. SUGERENCIAS (realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considerarán oportunas para la mejora del cuestionario)

- ✓ separación de los sujetos de estudio (si hablamos de enfermería también podemos entristar a los técnicos de enfermería) - se separa como profesionales de enfermería o enfermeras.
- ✓ organización de las preguntas del cuestionario
- ✓ Revisar títulos de la investigación
- ✓ Revisar las introducciones de la entrevista

LUGAR Y FECHA: Chiclayo, 30 octubre del 2019.

  
 Dra. Enf. Miriam E. Covarrubia  
 C.E.P.: 14542

## 4. INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

## 4. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del Juez: HERNÁNDEZ GUTIÉRREZ MARÍA ELENACargo de la institución donde labora: ENFERMERAAños de servicio: 24 Estudios de postgrado: MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

## 5. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Valoración: 0 = Debe mejorarse, 1 = Poco adecuado, 2 = Adecuado

CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para los sujetos. El vocabulario es apropiado al nivel educativo del sujeto de estudio	2
OBJETIVIDAD	Esta expresado en indicadores o preguntas: precisos y claros.	2
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems/preguntas: una organización lógica y clara.	2
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio, marco teórico	2
COHERENCIA	Coherencia entre la (variable /objeto) de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	2
RESULTADO DE VALIDACIÓN		10

Calificación: **Aceptado** (7-10 puntos), **Debe mejorarse** (4-6 puntos), **Rechazado** (< 3 puntos)

## 6. SUGERENCIAS (realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considerarán oportunas para la mejora del cuestionario)

Se sugiere agregar en la pregunta 12:  
 Antes de iniciar el modelo en su establecimiento de salud tiene conocimiento de experiencias de otros dependencias. Si la respuesta es Si en qué lugar.

LUGAR Y FECHA: Chiclayo, 26 de Octubre del 2019.

*Maria Elena Hernández*

Maria Elena Hernández Gutiérrez  
 M.C. ENFERMERÍA  
 C.E.P. 20199

Firma del revisor

### 3. INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

#### 1. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del Juez: ARRIOLA ARIZAGA MARIA CARLOS

Cargo de la Institución donde labora: MINSA (INF. ASISTENCIAL) USAT PROFESORA

Años de servicio: 32 Estudios de postgrado: Maestría Bioética y Espec. Salud familiar Comunitaria

#### 2. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Valoración: 0 = Debe mejorarse, 1 = Poco adecuado, 2 = Adecuado

CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para los sujetos. El vocabulario es apropiado al nivel educativo del sujeto de estudio	2
OBJETIVIDAD	Esta expresado en indicadores o preguntas precisos y claros.	1
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems/preguntas una organización lógica y clara.	1
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio, marco teórico	2
COHERENCIA	Coherencia entre la (variable /objeto) de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	2
RESULTADO DE VALIDACIÓN		8

Calificación: Aceptado (7-10 puntos), Debe mejorarse (4-6 puntos), Rechazado (< 3 puntos)

#### 3. SUGERENCIAS (realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considerarán oportunas para la mejora del cuestionario)

→ Seria bueno "siempre" o "siempre" <sup>11</sup> delante al niño "carideo" o sea si fueris sano o enfermo ya que ambos son sujeto de cuidados y afrontan vivencias, experiencias y momentos y al crecer y cambiarse como adulto mayor y estar en contacto de todo al debe y adulto.

LUGAR Y FECHA: Chiclayo, 29 de Oct. del 2019.

Silvia C. Amile  
Firma del revisor

## ANEXO N°3

### LISTA DE COTEJO DE EVALUACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA POR JURADO DE TESIS

Yo \_\_\_\_\_, identificada con DNI N° \_\_\_\_\_, en mi calidad de \_\_\_\_\_ de Jurado de Tesis, del proyecto \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ tesis titulado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, de autoría del estudiante \_\_\_\_\_ de VIII ciclo de la Escuela de Enfermería, dejo constancia a través de la presente que he evaluado el proyecto, en base a los siguientes criterios:

Indicaciones: Marcar **SI** (cuando cumpla con el 100% del ítem evaluado)

	CARACTERISTICA	NO	SI
01	El título es claro, preciso y sucinto, contiene el objeto de estudio, no contiene siglas ni abreviaturas y no excede de 20 palabras.		
02	El resumen está redactado en un solo párrafo, en no más de 250 palabras y contiene descriptores, verificados en un tesoro.		
03	La introducción, presenta datos relevantes y coherentes con el objeto de estudio, presenta los antecedentes más importantes y está basado en referencias bibliográficas.		
04	El problema de investigación aparece al finalizar la introducción, está formulado como pregunta en forma clara y sin ambigüedad, además contiene al objeto de estudio y la dimensión témporo-espacial.		
05	El problema planteado es relevante para las ciencias de la salud, principalmente para enfermería y es susceptible de ser investigado.		
06	La justificación se basa en datos concretos, sean bibliográficos o estadísticos y ayudan a explicar y sustentar la importancia de la investigación que se pretende realizar.		
07	Los objetivos están bien definidos, son susceptibles de ser alcanzados y congruentes con el planteamiento del problema.		
08	El marco teórico formulado tiene consistencia lógica, utiliza autores relevantes y relacionados con la disciplina de enfermería y está debidamente referenciados.		
09	Se apropia de los conceptos y/o la teoría planteada para su objeto de estudio, es decir menciona el concepto operativo para la investigación.		
10	El tipo de investigación planteado, es adecuado para estudiar el objeto de estudio.		
11	El abordaje metodológico es apropiado para estudiar el problema y lograr los objetivos planteados en la investigación.		
12	Menciona la población accesible, los criterios de inclusión y exclusión para seleccionar a los sujetos, el tipo de muestreo y la técnica para establecer el tamaño de la muestra.		

13	Explica el escenario, considerando donde se desenvuelven los sujetos de estudio, relacionándolo con el objeto de estudio, en el acápite de población.		
14	Los instrumentos propuestos son adecuados y suficientes para cumplir con los objetivos planteados.		
15	Los instrumentos han sido validados por juicio de expertos: Dos expertos en la temática y uno en metodología, como mínimo.		
16	Explicar a detalle el procedimiento para la ejecución del proyecto, desde su inscripción, registro, aprobación y ejecución, incluyendo la recolección de datos a través de las diferentes técnicas e instrumentos		
17	Determina el plan de procesamiento y el tipo de análisis o la secuencia a seguir, explicando cómo desarrollará cada fase.		
18	Explica cómo va a cumplir con criterios de rigor científico, cuando menciona a los instrumentos y/o en procedimientos.		
19	Al redactar las implicancias éticas sustenta cómo garantizará las mismas.		
20	Menciona los posibles resultados de la investigación, basados en los antecedentes y/o marco teórico.		
21	El cronograma de actividades está en un diagrama de Gantt y es factible de cumplirse.		
22	El presupuesto y financiamiento están claramente establecidos, es un presupuesto real.		
23	Menciona a los colaboradores: personas, instituciones, etc. Que brindarán apoyo en la ejecución de la tesis, ya sea facilitando espacios, material, información.		
24	Las citas bibliográficas consignadas, se han registrado correctamente en el Referencial Bibliográfico.		
25	El 100% de las citas y referencias bibliográficas, se han realizado bajo las normas Vancouver.		
26	El 75% de las fuentes citadas tienen 5 años de antigüedad como mínimo y constituyen como mínimo 25.		
27	Hay coherencia lógica entre cada estructura del proyecto de Tesis.		
28	Las faltas ortográficas no exceden del 20% del documento.		
29	Aparecen en el apartado de anexos todos los instrumentos referidos en el marco metodológico, instrumentos de recolección de datos, consentimiento informado y hoja de asentimiento si fuera necesario.		
30	Ha respetado el protocolo de proyecto de tesis propuesto por la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.		

**Calificación:**

**≥ 7 características observadas: Desaprobado**

**6 -3 características observadas: aprobado con observación condicional**

**≤2 observaciones: Aprobado y apto para evaluación del Comité de Ética en investigación**

1- Aprobado y apto para evaluación del Comité de Ética en investigación ( )

2- Aprobado con observación condicional ( )



## ANEXO N° 4



CONSEJO DE FACULTAD  
RESOLUCIÓN N° 296-2020-USAT-FMED  
Chiclayo, 04 de marzo de 2020

Vista la solicitud virtual N° TRL-2019-16884 con fecha de evaluación 28 de febrero de 2020 que adjunta el documento de aprobación emitido por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina del Proyecto de Investigación de la estudiante Fernandez Ruiz Rosa Eliza de la Escuela de Enfermería. Asesora: Mgtr. Angélica Soledad Vega Ramírez.

## CONSIDERANDO:

Que esta investigación forma parte de las áreas y líneas de investigación de la Escuela de Enfermería.

Que el proyecto de Investigación denominado: Experiencias de enfermeras aplicando el modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad. Microred-Lambayeque, 2020, fue aprobado por el Comité Metodológico de la Escuela de Enfermería y el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina.

En uso de las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo;

## SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Declarar aprobado el Proyecto de Investigación para continuar con el proceso de recolección de datos y finalización del mismo.

Artículo 2°.- Disponer que la estudiante gestione ante las instituciones pertinentes las facilidades para la recolección de información.

Regístrese, comuníquese y archívese.



SECRETARÍA ACADÉMICA  
FACULTAD DE MEDICINA

Lic. Irene Mercedes del Rocío Rangel Castro

Secretaria Académica  
Facultad de Medicina



FACULTAD DE MEDICINA

Mgtr. Luis Enrique Jara Romero  
Decano (e)

Facultad de Medicina

## ANEXO N° 5

## CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DIRIGIDO A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED LAMBAYEQUE



### Consentimiento para participar en un estudio de investigación dirigido a los profesionales de enfermería de la Microred lambayeque

---

—

#### Datos informativos:

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

Investigadores: Rosa Eliza Fernández Ruiz.

Título: Experiencias de enfermeras aplicando el modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad. Microred- Lambayeque, 2020

---

#### Propósito del Estudio:

Estoy invitando a participar en este estudio con la finalidad de describir y analizar cómo son las experiencias de enfermeras aplicando el modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad, Microred Lambayeque, y a partir de los resultados, aportar científicamente al desarrollo de las estrategias establecidas en dicho modelo, lo cual podría generar beneficios tanto profesionales como para los usuarios.

#### Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará 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 grabada en un grabador de voz, asignándole un pseudónimo, para proteger su identidad y en un tiempo estimado de 30 minutos. La entrevista puede realizarse en un ambiente cómodo en el establecimiento de salud donde labora.
2. Después de tres días, se le presentará la entrevista transcrita, para que verifique si está de acuerdo con lo que dijo sobre el tema.
3. 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.
4. Finalmente los resultados serán probablemente publicados en una revista científica.

#### Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en este estudio.

#### Beneficios:

No se obtendrá beneficios al participar en este estudio

**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:**

Se guardará su información con pseudónimos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

**Uso futuro de la información obtenida:**

Deseamos conservar la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 2 años, con la finalidad de que sirvan como fuente de verificación de nuestra investigación, luego del cual será eliminada.

Autorizo guardar la base de datos:  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, o llamar a 973 045 895, 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 que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin perjuicio alguno hacia mi persona.

\_\_\_\_\_  
Participante  
Nombre:  
DNI:

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Investigador  
Nombre:  
DNI:

\_\_\_\_\_  
Fecha

**ANEXO N°6**  
**INFORME DEL SOFTWARE ANTIPLAGIO MENOR AL 30%**

<b>TESIS III</b>			
<b>INFORME DE ORIGINALIDAD</b>			
<b>9%</b>	<b>8%</b>	<b>1%</b>	<b>2%</b>
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
<b>FUENTES PRIMARIAS</b>			
<b>1</b>	<b>storage.googleapis.com</b> Fuente de Internet		<b>1%</b>
<b>2</b>	<b>www.slideshare.net</b> Fuente de Internet		<b>1%</b>
<b>3</b>	<b>creativecommons.org</b> Fuente de Internet		<b>1%</b>
<b>4</b>	<b>documents.mx</b> Fuente de Internet		<b>1%</b>
<b>5</b>	<b>es.slideshare.net</b> Fuente de Internet		<b>&lt;1%</b>
<b>6</b>	<b>docplayer.es</b> Fuente de Internet		<b>&lt;1%</b>
<b>7</b>	<b>idoc.pub</b> Fuente de Internet		<b>&lt;1%</b>
<b>8</b>	<b>www.scielo.org.pe</b> Fuente de Internet		<b>&lt;1%</b>
<b>9</b>	<b>Submitted to Universidad Continental</b> Trabajo del estudiante		<b>&lt;1%</b>

10	<a href="http://pesquisa.bvsalud.org">pesquisa.bvsalud.org</a> Fuente de Internet	<1%
11	<a href="http://www.scielo.org.mx">www.scielo.org.mx</a> Fuente de Internet	<1%
12	<a href="http://repositorio.usanpedro.edu.pe">repositorio.usanpedro.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%
13	<a href="http://rpmesp.ins.gob.pe">rpmesp.ins.gob.pe</a> Fuente de Internet	<1%
14	<a href="http://es.scribd.com">es.scribd.com</a> Fuente de Internet	<1%
15	<a href="http://repositorio.ucv.edu.pe">repositorio.ucv.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%
16	<a href="http://www.insp.mx">www.insp.mx</a> Fuente de Internet	<1%
17	<a href="http://www.minsa.gob.pe">www.minsa.gob.pe</a> Fuente de Internet	<1%
18	<a href="http://desastres.cies.edu.ni">desastres.cies.edu.ni</a> Fuente de Internet	<1%
19	<a href="http://worldwidescience.org">worldwidescience.org</a> Fuente de Internet	<1%
20	<a href="http://www.cgeson.gob.mx">www.cgeson.gob.mx</a> Fuente de Internet	<1%
21	Submitted to Universidad Catolica Los Angeles	

	<b>de Chimbote</b> Trabajo del estudiante	<1%
22	<b>archive.org</b> Fuente de Internet	<1%
23	<b>bvs.sld.cu</b> Fuente de Internet	<1%
24	<b>www.cimfweb.org</b> Fuente de Internet	<1%
25	<b>pt.slideshare.net</b> Fuente de Internet	<1%
26	<b>www.rpmesp.ins.gob.pe</b> Fuente de Internet	<1%
27	<b>www.123teachme.com</b> Fuente de Internet	<1%
28	<b>issuu.com</b> Fuente de Internet	<1%
29	<b>blogspot.com</b> Fuente de Internet	<1%
30	<b>lamancha.net</b> Fuente de Internet	<1%
31	<b>www.carloshaya.net</b> Fuente de Internet	<1%
32	<b>filadd.com</b> Fuente de Internet	<1%

---

33	<a href="http://www.pronatura-noroeste.org">www.pronatura-noroeste.org</a> Fuente de Internet	<1%
34	<a href="http://familydentist.site">familydentist.site</a> Fuente de Internet	<1%
35	<a href="http://sisbib.unmsm.edu.pe">sisbib.unmsm.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%
36	<a href="http://www.onusida.org.co">www.onusida.org.co</a> Fuente de Internet	<1%
37	<a href="http://repositorio.uladech.edu.pe">repositorio.uladech.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%
38	<a href="http://www.infomed.sld.cu">www.infomed.sld.cu</a> Fuente de Internet	<1%
39	<a href="http://www.cbhr.org">www.cbhr.org</a> Fuente de Internet	<1%
40	<a href="http://www.museodebielsa.com">www.museodebielsa.com</a> Fuente de Internet	<1%
41	<a href="http://www.authorstream.com">www.authorstream.com</a> Fuente de Internet	<1%
42	<a href="http://www.jstor.org">www.jstor.org</a> Fuente de Internet	<1%
43	<a href="http://ebano.csic.es">ebano.csic.es</a> Fuente de Internet	<1%
44	<a href="http://www.rnv.gov.ve">www.rnv.gov.ve</a>	

—	Fuente de Internet	<1%
45	<a href="http://www.papps.org">www.papps.org</a> Fuente de Internet	<1%
46	<a href="http://www.genomaf.com">www.genomaf.com</a> Fuente de Internet	<1%
47	<a href="http://rabida.uhu.es">rabida.uhu.es</a> Fuente de Internet	<1%
48	<a href="http://premiossolidarios.inese.es">premiossolidarios.inese.es</a> Fuente de Internet	<1%
49	<a href="http://constitucion.rediris.es">constitucion.rediris.es</a> Fuente de Internet	<1%
50	<a href="http://www.oeidrustab.gob.mx">www.oeidrustab.gob.mx</a> Fuente de Internet	<1%
51	<a href="http://www.tc.gov.bo">www.tc.gov.bo</a> Fuente de Internet	<1%
52	<a href="http://www.urban-social.org">www.urban-social.org</a> Fuente de Internet	<1%
53	<a href="http://www.aregional.com">www.aregional.com</a> Fuente de Internet	<1%
54	<a href="http://www.radioisora.net">www.radioisora.net</a> Fuente de Internet	<1%
55	<a href="http://worldcat.org">worldcat.org</a> Fuente de Internet	<1%

---

56	<a href="http://www.slideserve.com">www.slideserve.com</a> Fuente de Internet	<1%
57	<a href="http://ids.gov.co">ids.gov.co</a> Fuente de Internet	<1%
58	<a href="http://www.duoc.cl">www.duoc.cl</a> Fuente de Internet	<1%
59	<a href="http://moam.info">moam.info</a> Fuente de Internet	<1%
60	<a href="http://www.science.gov">www.science.gov</a> Fuente de Internet	<1%
61	<a href="http://www.duvi.uvigo.es">www.duvi.uvigo.es</a> Fuente de Internet	<1%
62	<a href="http://www.ipc.gov.ve">www.ipc.gov.ve</a> Fuente de Internet	<1%
63	<a href="http://www.pensamientopenal.com.ar">www.pensamientopenal.com.ar</a> Fuente de Internet	<1%
64	<a href="http://www.unh.edu.pe">www.unh.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%
65	<a href="http://tesis.usat.edu.pe">tesis.usat.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%
66	<a href="http://www.serchile.cl">www.serchile.cl</a> Fuente de Internet	<1%
67	<a href="http://www.enfermeriacomunitaria.org">www.enfermeriacomunitaria.org</a>	

---

	Fuente de internet	<1%
68	<a href="http://www.asuntospublicos.org">www.asuntospublicos.org</a> Fuente de internet	<1%
69	<a href="http://www.incorrectas.com">www.incorrectas.com</a> Fuente de internet	<1%
70	<a href="http://cetis055.blogspot.com">cetis055.blogspot.com</a> Fuente de internet	<1%
71	<a href="http://www.analitica.com">www.analitica.com</a> Fuente de internet	<1%
72	<a href="http://repositorio.pucp.edu.pe">repositorio.pucp.edu.pe</a> Fuente de internet	<1%
73	Julia Hussein, Jacqueline Bell, Alex Nazzar, Mercy Abbey, Sam Adjei, Wendy Graham. "The Skilled Attendance Index: Proposal for a New Measure of Skilled Attendance at Delivery", <i>Reproductive Health Matters</i> , 2004 Publicación	<1%
74	<a href="http://www.researchgate.net">www.researchgate.net</a> Fuente de internet	<1%

 Excluir citas

 Apagado

 Excluir coincidencias

 Apagado

 Excluir bibliografía

 Activo