

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

ESCUELA DE POSTGRADO



**PERCEPCIÓN DE LAS FAMILIAS SOBRE EL CUIDADO QUE BRINDAN
LAS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA, UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO
TORIBIO DE MOGROVEJO, 2013**

Autora: Gladys del Rosario Perleche Fuentes

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO
DE MAGÍSTER EN ENFERMERÍA**

**Chiclayo, Perú
2013**

**PERCEPCIÓN DE LAS FAMILIAS SOBRE EL CUIDADO QUE BRINDAN
LAS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA, UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO
TORIBIO DE MOGROVEJO, 2013**

POR

Gladys del Rosario Perleche Fuentes

Presentada a la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica Santo
Toribio de Mogrovejo, para optar el Grado Académico de **Magíster en
Enfermería**

APROBADO POR

Dra. Patricia Otero Gonzales
Presidenta de Jurado

Mgtr Mirian Saavedra Covarrubia
Secretaria de Jurado

Dra. Mirtha Flor Cervera Vallejos
Vocal/Asesora de Jurado

CHICLAYO, 2013

DEDICATORIA

A mi padre †Carlos, quien fue ejemplo de trabajo y exigencia.

A María, mi madre, que con singular afecto y gratitud, me supo inculcar el amor al estudio.

A mi esposo Ricardo, por su apoyo y comprensión amorosa hasta culminar este trabajo de investigación.

Con todo mi amor de madre, a mis hijos Ricardo, Carlos y Fernando, por ser mi estímulo para luchar sin dejarme vencer por los obstáculos. Espero que esta investigación les sirva como referente para su constante superación.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser mi Padre y guía.

A la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo por la oportunidad de ser parte de ella y por permitirme contemplar su constante progreso.

A mi asesora, Dra. Mirtha Flor Cervera Vallejos, por sus consejos oportunos y su generosa ayuda, a ella mi profunda gratitud.

A María Teresa, mi hermana y compañera, por su constante apoyo para lograr la culminación de este trabajo.

Al jurado de tesis por sus aportes en la culminación de la investigación.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	14
1.1. Antecedente	14
1.2. Base teórico- conceptual	19
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO	29
2.1. Tipo de investigación	29
2.2. Abordaje metodológico	30
2.3. Sujetos de la investigación	34
2.4. Escenario	35
2.5. Instrumentos de recolección de los datos	36
2.6. Procedimiento	37
2.7. Análisis de datos	38
2.8. Criterios éticos	39
2.9. Criterios de rigor científico	40
CAPÍTULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	42
CONSIDERACIONES FINALES	73
RECOMENDACIONES	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ANEXOS	83

RESUMEN

Enfermería requiere de profesionales competentes, capaces de responder a las necesidades de salud del país, por ello profundizar en las percepciones que tienen los actores sociales hacia la formación que brindan las universidades es un tema muy importante. La presente investigación cualitativa, basada en estudio de caso, tuvo como objetivos: Describir y analizar la percepción de las familias del pueblo joven Santo Toribio de Mogrovejo sobre el cuidado que les brindan las estudiantes de enfermería. Las bases teóricas se sustentaron en King (1984) y Pender (2006). Participaron 12 familias, delimitadas por saturación y redundancia. Se usó para la recolección de datos el cuestionario sociodemográfico y la entrevista semiestructurada. Los datos se procesaron por análisis temático (Santisteban, 2004). Durante la investigación se consideraron los criterios de rigor científico de Hernández (2007) y éticos de Sgreccia (2009). Entre las categorías destacaron: *Compromiso e interés con las necesidades de cuidado en el ámbito familiar*, con las subcategorías: 1) acercamiento cuidadoso a los problemas de salud, 2) corresponsabilidad y reproches en la enseñanza impartida; y 3) conjugando respeto y trato amable al momento de enseñar. *Produciendo cambios positivos en los estilos de vida familiar*, con las subcategorías: 1) cambios en la familia con enfoque ecológico, 2) cambios en la salud personal, 3) cambios en el estilo de vida familiar; y 4) cambios en el medio ambiente. Y por último, *satisfacción, agradecimiento e imperativos futuros para las estudiantes de enfermería*. En este sentido, las familias aprecian los cuidados brindados por las estudiantes de enfermería, su preocupación y exigencia para mejorar sus estilos de vida y lograr satisfacer sus necesidades de salud.

Palabras claves: Percepción, familia, cuidado de enfermería, formación, estudiante

ABSTRACT

Nursing requires competent professionals, able to respond to the health needs of the country, for it deepen the perceptions of stakeholders towards training offered by universities is a very important issue.

This qualitative research, based on case study aimed to: describe and analyze the perception of young people's families Santo Toribio de Mogrovejo about the care they provide nursing students.

The theoretical underpinnings were based on King (1984) and Pender (2006). 12 families participated, bounded by saturation and redundancy. Was used to collect data on sociodemographic questionnaire and semistructured interview.

Data were analyzed by thematic analysis (Santisteban, 2004). During the investigation were considered scientifically rigorous criteria Hernandez (2007) and ethical Sgreccia (2009). Among the highlighted categories: Commitment and interest with care needs in the home, with the subcategories: 1) careful approach to health problems, 2) responsibility and blame on teaching, and 3) combining respect and kind treatment when teaching. Positive changes in family lifestyle, with subcategories: 1) changes in the family ecological approach, 2) changes in personal health, 3) changes in the family lifestyle, and 4) changes in the environment. And finally, satisfaction, gratitude and future challenges for nursing students. In this sense, families appreciate the care given by nursing students, their concern and demand to enhance their lifestyles and achieve meet their health needs.

Keywords: Perception, family, nursing care, training, student

INTRODUCCIÓN

La Enfermería como profesión y disciplina debe responder a las demandas sociales del contexto formando profesionales preparados para el cuidado promocional y preventivo de la unidad básica de toda sociedad¹.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1974, y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en 1976 plantearon la necesidad de esclarecer la contribución de la enfermería al mejoramiento de la salud de las comunidades y, de definir las funciones y actividades que la misma realiza dentro de la salud pública. Igualmente manifiestan que la enseñanza y los servicios de enfermería requieren cambios esenciales, tanto en la concepción de la profesión como en la reforma de los planes de estudio, los objetivos de enseñanza deben estar dirigidos a formar profesionales que conjuguen y respondan a las necesidades de servicios de cada país, con enfoque hacia la consecución de la salud, exponiendo precozmente al estudiante a la interacción con la comunidad como un todo.²

La interacción permite el contacto con las familias y ayuda a conocer sus actitudes y estrategias ante la sociedad envolvente y sus políticas públicas, de esta manera se revelan los recursos y alternativas desarrollados para este enfrentamiento. Es también de nuestro interés conocer los problemas de salud, individuales y colectivos, de los miembros de la familia.³

Consideraciones que hace que todo currículo de pregrado universitario de una escuela de enfermería cubra dos campos de formación importantes: el *área clínica* y el *área comunitaria*.³ ⁴ En ambas los estudiantes desarrollan sus actividades académicas con escenarios que le permitan el logro de competencias, que les facilitan la interacción entre la enseñanza y el cotidiano de la vida y de los servicios y, a la vez, que le

ayuden a desarrollar su criticidad en situaciones reales, complejas y diversas.

Este trabajo curricular exige una metodología activa, que valore la problematización de la realidad, que relacione al estudiante con las familias, y que valore su autonomía; y que conserve la figura del profesor como facilitador. En definitiva, se trata de seguir en estas variadas relaciones una pedagogía crítica y dialógica⁵ que permita organizar acciones que promuevan la salud y la prevención de enfermedades.

Según Alemán *et al.*,⁶ cuando las acciones que promueven la salud van dirigidas a la familia, y dentro de ella a los padres, resultan realmente provechosas. Por ser los padres, quienes sintetizan la producción de la salud a escala microsocia, su intervención favorece la transformación, las relaciones parentales, la formación y desarrollo de sus hijos. Sin embargo, también pueden expresar resistencia ante las perspectivas de mejorar su salud y determinar por autocuidarse, pues como grupo social específico, posee leyes internas que deciden su funcionamiento concreto y no pueden ser sustituidas por ninguna otra institución,⁶ específicamente cuando no se respeta su cultura y se les quiere imponer cambios radicales a sus estilos de vida .

Al respecto, el paradigma de la transformación suscita el imperativo de cuidar de manera integral y humana a la persona y si la familia está conformada por personas no se la debe dejar de lado. Díaz y Bustamante⁷ sostienen que cualquier situación de enfermedad que padezca un miembro de la familia, produce una crisis que afecta a todo el sistema familiar. Realidad que se agranda cuando no existen los recursos necesarios para afrontarlos, cuando se carece del conocimiento básico para sobrellevarlos o por poseer costumbres o hábitos nocivos que desencadenan en una enfermedad terminal con secuelas graves para la familia, que conllevan a una serie de desajustes en la manera de convivir y funcionar por parte de sus miembros. En función de este proceso, los miembros de una familia se

dan cuenta de quiénes son las personas que intentan ayudarlas y quiénes solo las pueden utilizar con fines políticos u otros motivos particulares, como venta de productos o adquisición de créditos.

Al respecto, los padres de familia que viven en el pueblo joven Santo Toribio de Mogrovejo, desde hace más de ocho años, reciben el apoyo de los estudiantes de enfermería con relación a los cuidados y promoción de la salud. Labor ardua tanto para los padres que asisten a las sesiones de enseñanza–aprendizaje y ponen en práctica lo enseñado, como para los estudiantes porque tienen que transportarse desde las aulas a la comunidad. Esto para ellos ha significado, a veces, tocar puertas para persuadir a los padres con convicciones científicas de mejorar los estilos de vida; saltar barreras culturales; hábitos arraigados y saber adaptarse a las circunstancias de horarios, lugar y pluralidad de caracteres de los mismos.

Según se ha observado en el ámbito comunitario, durante el desarrollo de las prácticas en el pueblo joven Santo Toribio, exigidas por la Escuela de Enfermería, existe un importante número de padres de familia que reciben positivamente los diversos cuidados organizados por los estudiantes, muestran interés y aceptación ante las metas educativas propuestas, pero también existe otro grupo de padres, que presentan mayores dificultades para responder a la crisis de una enfermedad ya que no pueden adaptarse a las nuevas dinámicas; Hernández⁸ la denomina *familia con mayor rigidez*, o sea, aquellas que y si la familia cursa con escasos recursos económicos, la crisis será mayor, y ante actividades externas ajenas a su familia también les genera problemas, muestran rechazo, algunos ni siquiera atienden cuando les tocan la puerta. Se excusan de estar ocupados, critican negativamente, las acciones de promoción de la salud, considerándolas pérdida de tiempo, algunos exigen compensaciones materiales para asistir, en estas circunstancias las acciones de cuidado hacia la salud familiar proporcionada por las estudiantes de enfermería se tornan difíciles.

Sumado a la idiosincrasia de los pobladores, sus impresiones se corroboraron cuando algunos padres de familia manifestaron: “ *las estudiantes me enseñaron cosas de salud, pero el horario debe ser mejor en la tarde* ”; “*las estudiantes son jovencitas y empeñosas y a veces no se dan a entender porque usan palabras difíciles*”, “*las niñas de enfermería, se les ve temerosas y asustadas*”, “*algunas señoritas después de visitarnos, ya no las vemos más..*” ; otro padre de familia decía “ *...en mi casa todos estamos contentas con las estudiantes porque nos han enseñado muchos temas que a todos nos ha caído bien...* ”

Por otro lado, algunos padres también advirtieron que se consideran utilizados por las estudiantes de enfermería, porque solo les interesaba enterarse de sus problemas y no les dan solución, sus modales llaman la atención porque no se quieren ensuciar los zapatos y aquí en los pueblos jóvenes siempre habrá tierra, mientras las calles no estén asfaltadas, situación que cualquier ciudadano puede apreciar en las diferentes manzanas y lotes donde están ubicadas las viviendas.

Ante esta realidad la investigadora se cuestionó si a las familias se les brinda la oportunidad de aprender a auto cuidarse, ¿por qué hay rechazo?, ¿por qué unas familias acceden a los cuidados de enfermería y por qué otras no?, ¿cómo valoran las familias a las estudiantes de enfermería? Interrogantes que no fueron fáciles de responder. Por ello se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la percepción que tienen las familias sobre el cuidado que brindan las estudiantes de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo-Chiclayo, 2013?

Para responder a la interrogante se formularon los objetivos: Describir y analizar la percepción de las familias sobre el cuidado que brindan las estudiantes de enfermería. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.2013

La investigación se justifica porque actualmente la calidad educativa a nivel universitario es una prioridad del Estado Peruano y la obligación de la Universidad es la de brindar una Educación con sustento fundamental y responsabilidad social centrado en las familias cuyo desarrollo es un tema vigente al considerarse la familia un sistema donde cualquier acción, interacción o cambio en uno de ellos repercute en todos los demás y viceversa, aspecto que todavía no se ha profundizado en su contenido a nivel regional y nacional

Por ello, conocer las percepciones que tienen los padres de familia sobre el cuidado brindado por las estudiantes de enfermería, como críticos hacia el producto que forma las universidades se constituye en una estrategia muy importante que orienta los planes de mejora de la calidad educativa en la escuela de enfermería de la USAT con repercusión también para el país.

Además, constan muy pocas investigaciones asumidas con enfoque cualitativo, y en este sentido vemos que este estudio es relevante porque permitirá comprender cómo cuida objetivamente los estudiantes de enfermería a la familia de un pueblo joven, lo que ayudará a descubrir y construir la esencia de enfermería que es el cuidado.

Los resultados contribuirán a orientar la planificación de los sílabos de las asignaturas troncales que se consideran prácticas comunitarias, tales como: *Cuidados fundamentales de Enfermería, Cuidados en salud materno perinatal, Cuidados del niño y adolescente sano*, entre otros, con la finalidad de diseñar adecuadamente las competencias que deben ser consideradas en su desarrollo. Asimismo, la investigación influirá en la sensibilización para profesores y estudiantes de enfermería en el desarrollo de un cuidado humanizado centrado en el proceso interactivo con los padres de familia, independiente del escenario donde se desarrolle

Finalmente, la investigación fortalecerá la línea de investigación de cuidado a la familia a nivel de postítulo y postgrado de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.

1.1 Antecedentes del problema

En la búsqueda de antecedentes se encontraron investigaciones muy cercanas al objeto de estudio que se consideraron importantes de presentar.

El estudio de Rafael Baldeón Jovita⁹ (Lima, 2008), titulado *Percepción del estudiante de enfermería en la Universidad Mayor de San Marcos sobre el cuidado de la enfermera en la comunidad*, tuvo como objetivo: “caracterizar la percepción de los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos sobre el cuidado que brindan la enfermera en la comunidad”. El enfoque fue de tipo cualitativo, los informantes fueron 18 estudiantes de enfermería de los niveles primero, tercero y quinto. En sus consideraciones finales, tenemos que 1) El cuidado humanizado es trascendente en el cuidado de enfermería como aspecto

fundamental para la relación interpersonal eficaz con el usuario; 2) El cuidado técnico aumenta la presencia de habilidades personales en la enfermera para brindar un cuidado holístico, 3) Los niveles de formación de enfermería tienen diferentes experiencias, según las interacciones previas en el campo de atención, dada su particular vulnerabilidad a las experiencias positivas y negativas a las que se exponen; por lo tanto soslayables de cautelar en pro de una formación adecuada; 4) La crítica hacia el cuidado que se brinda en el ámbito comunitario es importante tomarla en cuenta, dado que son evidencias de una percepción negativa acerca de las actividades que se manifiestan en desmedro de la profesión.

La investigación de Gladys Santos, María Infante, María Arcaya, Carlos Márquez y Maribel Gil, ¹ sobre *Percepción de los estudiantes de ciencias de la salud acerca de su formación en promoción de la salud*, (Lima, 2009), formuló como objetivo Identificar la percepción sobre su formación en promoción de la salud. El estudio fue de tipo cuantitativo, y se aplicó en la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Utilizaron dos técnicas de recolección de datos: una entrevista estructurada, con un cuestionario tipo Lickert modificado, y grupos focales. La población estuvo conformada por los estudiantes del penúltimo año de estudios de las cinco Facultades de Medicina (489 estudiantes), y la muestra la conformaron 127 estudiantes.

Tuvieron como objetivos cuantificar la percepción de los estudiantes de las cinco escuelas académicas profesionales sobre su formación, en relación a las estrategias de la promoción de la salud propuestas por la Carta de Ottawa. Entre los resultados: La percepción de los estudiantes sobre su formación en relación a la promoción de la salud ha sido medianamente favorable, con tendencia a favorable en dos escuelas: Escuela de Enfermería en las estrategias de creación e ambientes favorables para la salud y reforzamiento de la acción comunitaria, con 70,5% y 58,3%, respectivamente.

Asimismo, los estudiantes de la Escuela de Nutrición tuvieron una percepción favorable en la dimensión de implementación de políticas públicas, en 60,9%. Cabe resaltar que, solo en la dimensión de – habilidades personales - la percepción de los estudiantes fue desfavorable en un porcentaje considerable en dos escuelas: Escuela de Medicina, en 23,4%, y Tecnología Médica, en 20,4% de los estudiantes. Con los datos cualitativos se estableció siete categorías de análisis: 1) valorando la promoción de la salud; 2) relacionando la promoción de la salud con la atención comunitaria; 3) sintiéndose motivados para promocionar la salud; 4) valorando el reforzamiento comunitario; 5) considerando que la Facultad de Medicina debe promover la salud; 6) considerando los factores que dificultan la promoción de la salud; y 7) valorando la interdisciplinariedad para la promoción de la salud. Entre las conclusiones se encontró que los estudiantes de la Facultad de Medicina tienen una percepción diversificada en relación a su formación en promoción de la salud, según las estrategias propuestas por la Carta de Ottawa, por lo que se hace necesario mejorar esta formación en las cinco escuelas con el objetivo de unificar la formación de estos profesionales para que desarrollen la promoción de la salud interdisciplinariamente y así poder enfrentar los complejos problemas de salud presentes en la sociedad.

En Sevilla, en el año 2008 Eloísa Lagares Vallejos¹⁰ realizó la investigación *Percepción de las actividades de Enfermería en Atención Primaria*, tuvo como objetivos: Estudiar la percepción por parte de la población de las actividades de Enfermería en Atención Primaria de Salud y detectar las diferencias en la percepción de la población, entre las actividades que tradicionalmente han formado parte o no de la enfermería y aquellas que han sufrido cambios en este sentido. Fue un estudio observacional y descriptivo, la muestra estuvo conformada por 1.111 encuestados procedentes de todos los Centros de Salud de Sevilla capital, los sujetos fueron elegidos al azar en las salas de espera de las distintas consultas de centro sanitario. Entre las conclusiones tenemos; Las

actividades que peor son percibidas por los usuarios de la Atención Primaria son aquellas que en un principio no fueron asumidas por todas las enfermeras como la que corresponde a los programas de planificación familiar y del niño sano. También se aprecia confusión con respecto a las actividades de enfermería que fueron y ya no lo son

La falta de desarrollo de una ley de funciones de las profesionales sanitarias en lo referido a Enfermería y la inexistencia de una cartera de servicios específica, dificulta la percepción por parte del usuario de sus funciones, a la vez que facilita la incorporación y/o eliminación direccional de las actividades de Enfermería.

En Colombia, en el 2008, el estudio de Olga Gómez Ramírez *et al*¹ sobre la *Percepción de cuidado en estudiantes de enfermería; Caracterización e impacto para la formación y la visión del ejercicio profesional*, tuvo como objetivos describir la percepción de cuidado que tienen las estudiantes de primer semestre de enfermería en la Universidad Nacional de Colombia. Se realizó un análisis teórico de los hallazgos en su relación con la epistemología de enfermería y los patrones de conocimiento de enfermería propuestos por Carper; fue un estudio exploratorio de tipo descriptivo, el cual partió de la búsqueda bibliográfica sobre el estado del arte en relación con la percepción de cuidado, de donde se determinó necesario diseñar una herramienta propia aplicable al contexto colombiano que se fundamente en la teoría de enfermería de los patrones de conocimiento como forma de expresión de la esencia disciplinar, y que determine las características de la percepción de cuidado en estudiantes de enfermería, con un enfoque cuantitativo

En Costa Rica, en el 2007, Karla Matamoros Quezada *et al*² realizaron un estudio sobre *Percepción de los usuarios y usuarias sobre el quehacer de enfermería en el Primer Nivel de Atención*. Se llevó a cabo en cinco Equipos Básicos de Atención Integral de Salud del área Central de Cartago (EBAIS) con un enfoque cuantitativo no experimental, que permitió

conocer las causas de este fenómeno social. Además, se planteó un diseño transaccional correlacional. Elaborando una entrevista semiestructurada a informantes clave (líderes comunales, personal de Enfermería que labora en los seleccionados, jefa del departamento de Enfermería del área) y un cuestionario autoadministrado, previamente validado, que se aplicó a la muestra seleccionada de los usuarios. Se utilizó la teoría de Imogene King para el análisis de los resultados, en el estudio se afirma que la percepción es un elemento del sistema personal fundamental para lograr las transacciones necesarias y conseguir alcanzar los objetivos en la intervención de enfermería. La información obtenida permitió identificar una percepción errónea de las personas adultas acerca del rol de Enfermería en el primer nivel de atención, debido principalmente a varios factores, entre ellos: ausencia de profesionales de Enfermería en este nivel, el desconocimiento del perfil y funciones de cada uno de los miembros del equipo de Enfermería y el traslape de funciones entre los miembros del personal; lo cual no permite identificar de manera clara las funciones de cada uno de ellos. La mayoría de las personas adultas han tenido algún acercamiento con el personal de enfermería y poseen opiniones favorables; sin embargo, la experiencia está revestida de misticidad y vocación.

Por otra parte, la visión biomédica de la salud es evidente en las expectativas de los usuarios que continúan apreciando a la Enfermería como una profesión dependiente de la medicina. El análisis inferencial permitió establecer una asociación significativa entre la calificación del cuidado y la educación que se brindó. En general, se encontró respuestas, tanto positivas como negativas en torno a percepción de la enfermería basadas en la experiencias previas y el contacto con las personas y no con el conocimiento objetivo acerca de la profesión.

1.2 Base teórico-conceptual

La presente investigación tuvo como respaldo a las teóricas Imogene King, para los aportes relacionados a la percepción; Nola Pender, para promoción de la salud; y a Sebastián Bustamante, para profundizar sobre familia y salud familiar.

La percepción es un proceso cognoscitivo que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación de actos, personas, objetos o animales captados a través de los sentidos, para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones, obtenidos del ambiente físico y social. Este proceso implica la recepción, representación y comprensión de la información, para dotar de significado las percepciones sensoriales en interrelación con experiencias previas, motivaciones, estímulos, cultura e intereses personales.¹³

Para la investigadora además de captar con los sentidos es hacer suyo un conocimiento de acuerdo a cómo se da o se ha dado una idiosincrasia determinada. Por ello, cobra gran importancia conocer la forma que las familias del P.J. Santo Toribio de Mogrovejo perciben la entrega de conocimiento acerca del cuidado y según sus respuestas vendrán las rectificaciones o el reforzamiento.

Por su parte, Imogene King¹⁴ considera a la percepción como un acto propio de la naturaleza cognitiva del ser humano, a través del cual se aprende de la realidad. En ella influyen; por un lado, las características de los sentidos y; por otro, las particularidades de las personas que realizan la percepción como sus experiencias pasadas, sus motivos, actitudes y otras variables de tipo intelectual e incluso cultural. En este sentido resulta importante considerar que la percepción tiene naturaleza cognitiva, puesto que no puede haber un aprendizaje significativo que no pase por la previa percepción sensorial y así, se aprehende todo lo que sucede en el entorno social y los que reciben las informaciones actúan de acuerdo a sus

experiencias anteriores, de acuerdo a sus lugares de origen o vivencias experimentadas

También Imogene King¹⁴ resalta a la percepción como la representación de la realidad en cada ser humano. Es una conciencia sobre las personas, objetos y acontecimientos. Aunque se presupone que los seres humanos viven en el mismo mundo y tienen experiencias comunes, los individuos difieren en lo que seleccionan para que penetren en su medio perceptual. Los instrumentos perceptuales, sensoriales (funcionamiento de los órganos de los sentidos), intelectuales (procesos mentales), varían según cada persona. Una percepción se relaciona con experiencias pasadas, con el concepto de uno mismo (del yo), con la herencia biológica, con los antecedentes educativos y con los grupos socioeconómicos

Igualmente, Imogene King¹⁴ explica que la percepción tiene como característica ser universal, porque todas las personas perciben a otros individuos y objetos en el medio ambiente, y estas experiencias proporcionan información acerca del mundo. Aunque cada ser humano es único, los individuos tienen características comunes, tales como los sentidos, con los cuales perciben el medio ambiente. Un grupo de gente puede observar el mismo acontecimiento, pero cada persona lo percibe de diferente manera. Así, las familias pueden participar en la misma sesión de aprendizaje, pero cada uno tendrá percepciones completamente diferentes a las de otros miembros del grupo y cada uno aplicará o pondrá en práctica lo que entendió, comprendió y consideró útil para su situación de salud.

Así mismo, la percepción es subjetiva, personal y selectiva para cada persona. Sus experiencias varían en relaciones espaciales-temporales, en la integridad del sistema nervioso y/o alteraciones en él, en el nivel de desarrollo individual, y en el contexto o situación en la cual se experimentan. Por tanto, no se puede suponer que cada persona en alguna situación en especial, perciba los acontecimientos de manera similar. Las

percepciones se basan en las experiencias pasadas, que las hacen excepcionalmente personales, hasta que se comunican a otros.

Además, la percepción como acción orienta en el presente, el mundo se aprecia según la información de que se dispone. En las percepciones influyen intereses actuales, necesidades y metas futuras. La conciencia de eventos pasados, valores y necesidades sirven como factores en su organización. La percepción y el aprendizaje son conceptos que están interrelacionados. Lo que uno conoce repercute en la percepción, y la percepción a su vez, mejora el aprendizaje cognoscitivo.

Al respecto Yttleson y Cantril,¹⁴ citados por Imogene King, argumentan que las percepciones son interacciones, las cuales indican que todos los individuos entran en una situación como participantes activos, y que su existencia en la interacción afecta su identidad, por tanto la percepción resulta un proceso de organizar, interpretar y transformar la información de los datos sensoriales y la memoria. Es un proceso de transformaciones humanas que le dan sentido a las experiencias.

Para la investigadora, la percepción es un proceso mental superior que permite al organismo con ayuda de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información proveniente del entorno, por ello, la familia después de participar de una experiencia de cuidado sobre promoción de salud y educación continua hacia el autocuidado, donde su participación es fundamental, al ser abordados sobre esta experiencia, empiezan a relatar lo vivido como proceso mental depositados en su memoria y donde es posible evaluar si lo aprendido fue útil. Igualmente, sus percepciones son subjetivas a pesar que intervienen los órganos de los sentidos, en ello uno puede darse cuenta que hay situaciones que realiza cada persona de acuerdo a un solo acontecimiento y muchas formas de percibir, las cuales se orientan al presente, por ello para aprender hay que observar y siempre partir del hoy, de esta manera los padres de familia han captado, en unos casos utilizando

los sentidos y el raciocinio y en otros, anteponiendo sus costumbres arraigadas, resultando difícil llegar a la interpretación.

Los padres de familia junto con los hijos forman una familia, en este sentido el Ministerio de Salud¹⁵ considera que la familia es la unidad fundamental de la sociedad, y se encuentra en constante interacción con el medio natural, cultural y social. En el campo de la salud, la familia debe constituirse en la unidad básica de intervención, ya que sus miembros tienen el compromiso de nutrirse emocionalmente y físicamente, compartiendo recursos como: el tiempo, espacio y dinero, en este compromiso se debe enfocar la atención para mejorar la salud de la población en el país.

En el marco de los lineamientos de política del sector tiene como en primer lugar a la promoción de la salud y, a su vez, propone el desarrollo del programa de Familias y Viviendas saludables acorde con el Modelo de abordaje de promoción de la salud,¹⁵ donde los padres desarrollan un eje articulador entre salud y educación

Para el MINSA, una familia saludable es la que consigue construir un entorno físico y de relaciones del grupo familiar que favorezcan el desarrollo humano de sus miembros individuales y que les permita alcanzar su óptimo potencial, respetando su dignidad de acuerdo a sus expectativas y necesidades.

Este programa comprende un conjunto de acciones integradas, orientadas a incentivar comportamientos y hábitos que generen estilos de vida saludables entre los miembros de una familia comandados por los padres, así como mecanismos de prevención, buscando que el grupo familiar genere capacidades en la mejora de sus condiciones y que la vivienda se ajuste a estándares locales y regionales.¹⁶

Para la investigadora los lineamientos que da el MINSA desde luego están enmarcados en las necesidades que tiene el ser humano, la

conservación de una salud física y mental, y ha podido evidenciar que el desarrollo del programa de familias saludables no ha tenido una buena sustentación en la práctica, lamentablemente esto es lo que se puede apreciar en las zonas urbano marginales, pues la política de salud desde hace muchos años es un grave problema en nuestro país.

Tomas¹⁷ señala que “la familia es la fuente principal de creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud; los padres transmiten pautas, costumbres y hábitos de vida que determinan la concepción de salud y enfermedad en sus integrantes. El conocimiento de estas concepciones y el involucramiento de todos los miembros facilitan los cambios de conductas y formas de vida.

La familia es un recurso valioso y una fuente de apoyo para el adecuado tratamiento de la enfermedad, la contención y el acompañamiento de la familia en los problemas de salud, especialmente los crónicos y degenerativos han demostrado mejorar los resultados y la calidad de vida; en contraposición, la falta de este recurso se asocia a peores indicadores de salud, como así lo demuestra el aumento de la morbimortalidad en personas sin familia, mucho más en familias sin los progenitores ¹⁷

Por su parte, la investigadora afirma que si bien hay un concepto universal acerca de lo que significa la familia como grupo social unido por relaciones de afecto y parentesco, podemos decir que según los grupos sociales hay organizaciones peculiares que las hace diferentes en su organización más no en lo esencial, las familia del pueblo joven Santo Toribio de Mogrovejo, son de condición socioeconómica baja, proceden de diferentes lugares del país y tienen conceptos particulares sobre salud y enfermedad, propios de su tradición y cultura, a pesar de la pobreza existente muchos padres de familia que se organizan y se apoyan de acuerdo a sus condiciones económicas, incluso cuando pertenecen a familias disfuncionales donde falta la madre o el padre o los dos y los hijos

están a cargo de los abuelos o los tíos. Para algunos sociólogos la carencia de la unión familiar acarrea problemas de salud mental, la presencia de la familia ayuda en situaciones en donde el ser humano necesita de mayor protección y es cuando está enfermo, de esta manera, si a la familia se le entrega conocimientos oportunos sobre el cuidado, aprenderá a multiplicarlo y, sobre todo, aplicarlo con los miembros de su hogar.

Otra consideración de familia la encontramos en la opinión de Bustamante,¹⁸ quien focaliza a la familia como objeto de cuidado en salud, lugar donde se forman y aprenden hábitos y costumbres que influyen en el proceso salud enfermedad. Grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto que está condicionado por los valores socioculturales en los cuales se desarrolla.

La investigadora coincide con Bustamante cuando afirma que vivimos en una sociedad en la cual la familia debe participar de su cuidado, sobre todo, la de los pueblos jóvenes, que son los más afectados por la pobreza y más aún en el contexto que vive, no le brindan posibilidades de superación, como es el caso de muchos pueblos jóvenes del país y en particular del P.J. Santo Toribio de Mogrovejo, donde se han encontrado, situaciones problemáticas relacionadas con costumbres de sus pueblos de origen, con poco interés por el cuidado de su salud. Hay que tener en cuenta también que la familia es el componente fundamental para el desarrollo humano y comunitario, es el ámbito donde los procesos de salud y enfermedad tienen su impacto más significativo, pues ahí se inician los hábitos y prácticas para una vida saludable. Sin embargo, las familias, sean nucleares, extendidas o de otra caracterización emergente, tienen necesidades de cuidarse, desarrollar tareas, pasar por niveles de desarrollo, tener sus concepciones y prácticas de cuidado propios, tanto individual como colectivo.

No obstante, el contexto social, económico y cultural condiciona de alguna forma tales concepciones y prácticas, y ellas, a su vez, también, dejan

sus huellas en aquellas. Es muy conocida la afirmación que en la familia ocurre más del 70% del cuidado de la salud de las personas, siendo los padres de familia los agentes efectivos de cuidado.¹⁷ Consideraciones que permiten explicar el cuidado,

Para Prado ¹⁹ cuidado significa desvelo, solicitud, diligencia, celo, atención, buen trato, un modelo de ser mediante el cual la persona sale de sí y se centra en el otro, el cuidado solamente surge cuando la existencia de alguien tiene importancia para uno y entonces se dedica a él, dispuesto a participar de su destino, de sus necesidades, de sus sufrimientos y de sus éxitos, en fin de su vida. Cuidado es acción entre seres vivos. Todos cuidan y son cuidados. Cuidamos cuando se establece relaciones de respeto a la autonomía, a la individualidad y a los derechos de los seres humanos. Cuidamos cuando se respeta el punto de vista del otro.

Entonces, todos tienen capacidad para cuidar unos de otros, partiendo de la exigencia de cuidarse a asimismo, sin el cual sería difícil cuidar del otro, involucra atención, preocupación, desvelo, solicitud, amor, entrega, servicio, etc., los cuales son valores que no adornan a la enfermería, sino que la energizan para ponerlos en práctica, para hacer sentir que la persona que espera ser cuidado es un ser importante y merecedor de la diligencia y buena atención. Por ello, los padres de familia que conocen profundamente lo que concierne el cuidarse y cuidar, están siempre pendientes de los hijos, su experiencia vivida y los conocimientos previos son el soporte para manejar correctamente lo que significa proteger la vida.

Igualmente, Larson²⁰ vislumbra el cuidado como “la capacidad para hacer bien a otro”. Utilizó el término *de comunión de cuidado* para dar a entender una relación íntima de compartir y de profundo entendimiento. Hay una cualidad sanadora en la comunión de cuidado. La motivación para crecer es una faceta importante de la comunión de cuidado como también lo es la teoría de enfermería en forma de cuidado oculto para el bienestar de

otro. Argumentación que también algunos padres de familia pueden llevar a cabo frente al hijo enfermo o ante la carencia de recursos para proteger la salud, sin embargo existe reciprocidad del cuidado, de la importancia que tiene el compartir, la motivación de procurar el bienestar de los hijos. Cuidar no es solamente vigilar, observar es algo más amplio y significativo, es crear una verdadera empatía donde es importante comprender la situación de la familia, ponerse en su lugar y hacerla sentir mejor a través de una positiva conducta afectiva.

Larson cita a Swanson²⁰ para argumentar que la estructura del cuidado comienza con el mantenimiento de las creencias donde la enfermera tiene fe en que el individuo posee la capacidad de sobreponerse a la situación y las transiciones para alcanzar un futuro significativo. Conectado al anterior está el saber. En esta faceta de la estructura del cuidado la enfermera lucha para comprender el significado de eventos específicos en la vida de otros. Otra faceta de la estructura del cuidado es estar con, hacer por, capacitar. Estar con, significa el don de sí mismo, que se les comunica a los padres de familia, hacerles comprender que son muy importantes para la enfermera y que está comprometida con ellos, esto es presencia auténtica. Sencillamente conlleva hacer por el otro, lo que haría por uno mismo, si pudiera. Este es el mantenimiento de la dignidad e integridad del otro. La faceta final de enfermería como cuidado culto para el bienestar de otro es capacitar. La enfermera capacita o habilita al paciente o a otras personas para que enfrente y resuelva más fácilmente situaciones desconocidas y transiciones de la vida.

Al respecto, Larson ²⁰ detalla que la enfermera debe ser una profesional con convicciones, con una fe firme, que le empodere a superar situaciones difíciles para que pueda salvar también la situación de fragilidad de los miembros de la familia, sostiene facetas que la enfermera debe conocer y comprender los diferentes eventos de las personas con las que trata, debe saber capacitar y, por último, otorgar a la familia la seguridad

que son seres valiosos, dignos de ser cuidados, manteniendo su dignidad que es un soporte de gran valor dentro del seno familiar.

Por su parte, Madeleine Leininger²¹ afirma que los cuidados son la esencia de la enfermería y un elemento central, dominante y distintivo de esta disciplina. Son esenciales para el bienestar, la salud, la curación, el desarrollo y la supervivencia, y también para apartar las discapacidades o la muerte. Enfatiza que las personas que reciben cuidados que no concuerdan razonablemente con sus creencias, valores y estilos de vida mostrarán síntomas de conflictos culturales, insatisfacción, tensión, preocupaciones éticas. Todos estos son los medios holísticos más amplios que permiten conocer, explicar, interpretar y predecir los fenómenos asistenciales de la enfermería para orientar la práctica de esta disciplina.

Leininger²¹ le da un realce especial al significado de cuidado dentro de la profesión de enfermería, es señalado como objeto epistemológico de la enfermería, comprendido como un cuidado que rompe con la fragmentación cuerpo/mente, normal/patológico, un cuidado integrador, humanizado, favoreciendo una vida mejor y más saludable, un cuidado terapéutico, entendiéndose este como una acción que se desarrolla y termina en y con la persona, con valor ético y estético y es un bien necesario por las personas. El cuidado, como práctica asistencial de enfermería, ha pasado por transformaciones como toda acción humana, siendo preciso reflexionar acerca de su finalidad. Por ello, en el campo de la docencia se convierte en un imperativo impartirlo con enseñanzas acerca del cuidado para que los estudiantes lo proyecten a la comunidad, respetando las diferencias culturales de las familias de los diferentes lugares y en especial de las zonas marginadas.

Marriner²² cita a Nola Pender en el *Modelo de Promoción de la Salud*, el cual constituye una base, para estudiar el modo en que los individuos, toman las decisiones sobre el cuidado, de su propia salud dentro del contexto de enfermería. Esta teórica de enfermería sentó las bases para

el estudio de cómo las personas toman las decisiones sobre su propia salud. El Modelo de Promoción de la Salud señala los factores cognoscitivos-perceptivos que intervienen y su influencia en las actividades preventivas. Por su parte, entre los factores que modifican las actividades que fomentan la salud cabe citar las características demográficas y biológicas, las influencias interpersonales, los factores de situación y los factores de comportamiento. La interacción entre estos grupos de factores influyen en la posibilidad de comprometer a las personas en actitudes que favorecen la salud.

El Modelo de Promoción de la Salud permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud y, a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables como una parte esencial del cuidado enfermero y al analizar la percepción de las familias sobre el cuidado que brindan las estudiantes de enfermería, se evalúa cómo se llevó a cabo dicho modelo.

CAPÍTULO II

Marco Metodológico

2.1 Tipo de investigación

La investigación fue de tipo cualitativa,²³ la cual es un aporte valioso para el desarrollo de la formación en enfermería, Denzin y Lincoln²⁴ refieren que la investigación cualitativa estudia la realidad en su contexto natural tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar, los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas. También, involucra la utilización y recogida de una gran variedad de materiales, entrevistas, experiencia personal, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes, sonidos, que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas de acuerdo al objeto de estudio.

La investigación *Percepción de la familia respecto al Cuidado de Enfermería que brindan las estudiantes de Enfermería* fue estudiada en el contexto natural del pueblo joven Santo Toribio de Mogrovejo, donde se exploró el fenómeno de la percepción de los padres de familias sobre el cuidado recibido, se abordó y entrevistó a las diferentes familias que recibieron sesiones educativas por parte de las estudiantes durante las rotaciones de la práctica comunitaria.

Minayo²⁵ argumenta que toda investigación cualitativa responde a cuestiones muy particulares. Se preocupa por las ciencias sociales y la realidad que no puede ser cuantificada, responde a un espacio más profundo de las relaciones, de los procesos de los fenómenos que no pueden ser reducidos a una operacionalización de variables. El estudio al ser abordado en profundidad permitió contemplar los aspectos sociales que rodean a las familias del pueblo joven Santo Toribio de Mogrovejo desde sus costumbres arraigadas, creencias hasta sus estilos de vida.

2.2 Abordaje metodológico

La investigación fue abordada como estudio de caso, cuya importancia determina un camino seguro para describir la situación problemática de una persona o familia que está siendo motivo de investigación, con énfasis en describir características, tales como: sentimientos, experiencias, percepciones, procurando ser fieles a las expresiones que brindaron las familias para no caer en aseveraciones que se alejen de la verdad.²⁶

Al respecto, Polit²⁷ argumenta que los estudios de caso son investigaciones a profundidad de una sola entidad o de una serie reducida de entidades. Normalmente la entidad es un individuo, pero también puede tratarse de familias, grupos, unidades sociales o instituciones, en la

investigación fueron las familias del pueblo joven Santo Toribio de Mogrovejo

La investigadora cuando realizo el estudio de caso, intentó analizar y comprender los fenómenos más importantes para la historia, el desarrollo o la atención de las familias y de sus problemas apoyada en las percepciones de los propios sujetos de estudio, acerca del cuidado que brinda la estudiante de enfermería detallándolo en una forma muy intensa. El estudio de caso es una investigación descriptiva, es decir, describe la situación prevaleciente en el momento de realizarse el estudio.

Al abordaje de estudio de caso le corresponde un análisis intensivo; ya que suele consistir en determinar la dinámica, de por qué el individuo piensa, se comporta o se desarrolla de una manera en particular, y no de otra, cuáles son sus condiciones, avance, acciones o pensamientos. En ocasiones estos estudios sirven para examinar fenómenos que no se han estudiado con el debido rigor.²⁵

Asimismo, su principal ventaja concurre en la profundidad a lo que se puede llegar cuando se investiga un número reducido de individuos, instituciones o grupos, porque brindan al investigador la oportunidad de llegar a conocer íntimamente las condiciones, los sentimientos, los pensamientos, los actos pasados y presentes, las intenciones y el entorno de la persona. La mayor desventaja de los estudios de caso yace en que no pueden generalizarse, pues si el investigador descubre relaciones importantes, normalmente le será difícil comprobar si estas se presentarán en otros sujetos o instituciones

Los estudios de caso bien diseñados son una buena fuente de información descriptiva y pueden ser utilizados como evidencia para dar apoyo a las teorías o para invalidarlas²⁸, igualmente conlleva a analizar con detalle las unidades de significado y así poder comprender sus características a profundidad y la generalidad del mismo.

Para llevar a cabo el estudio de caso se consideraron los siguientes principios sustentados en MengaLudke y Marly André²⁹

- Dirigirse al descubrimiento, la investigadora se mantuvo constantemente atenta a nuevos elementos que surgieron y fueron relevantes durante el estudio; siendo el cuadro teórico inicial una base o estructura que ayudaron a descubrir las diferentes percepciones que las familias le dieron a la investigación, que fueron sumadas a medida que el estudio avanzó acorde con los diferentes relatos de los participantes.
- La interpretación en el contexto, para una comprensión más completa del objeto de estudio, es decir, (la percepción de las familias respecto al cuidado de enfermería que brindan las estudiantes), fue necesario desarrollarlo en el propio contexto social, político, y cultural que circundó al objeto y cuyo escenario fue el pueblo joven Santo Toribio de Mogrovejo.
- Variedad de fuentes de información, la búsqueda de diversas fuentes de información sobre la temática, no sólo de artículos científicos, libros, revistas, base de datos etc., sino que se tomó información real y valiosa procedente de los mismos sujetos de investigación: la familia.
- Utilizan un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros relatos de Investigación. La recogida de datos así como el informe de investigación se dieron a conocer con palabras entendibles y expresiones fácilmente asequibles para cualquier persona, con la finalidad de ser de fácil acceso y comprensión.
- Procuran representar los diferentes y, a veces, conflictos puntos de vista presentes en una situación social. Para ello, se tomaron en cuenta las diferentes y diversas opiniones, los modos de pensar de las personas, tanto las respuestas afines como las

contradictorias, ya que, la investigadora no intentó en ningún momento parcializar opiniones, sino que las respuestas de los sujetos de investigación permitió enriquecer la construcción continua del objeto de estudio. Las idiosincrasias, si bien es cierto se construye en la saturación de resultados, se respetó la individualidad de cada persona.

Por otro lado, Nisbet e Watt, citados por Menga L.29 caracterizan el desarrollo del estudio de caso en tres fases, siendo una primera abierta o exploratoria, la segunda más sistemática en términos de recolección de datos y la tercera consistiendo en el análisis e interpretación de datos y la elaboración del informe, con ellos mismos se enfatizan esas tres fases y se sobrepone en diferentes momentos, siendo difícil precisar el límite que lo separa.

En la primera fase exploratoria se inició con un plan muy incipiente, que se fue delineando más claramente en la medida en que se desarrolló el estudio. Existen inicialmente algunas preguntas o puntos críticos que deben ser producto de observaciones y declaraciones hechas por la investigadora sobre el problema, es posible que surjan de un contacto inicial con la documentación existente y con las personas ligadas al fenómeno estudiado o pueden ser derivadas de especulaciones basadas en la experiencia personal del investigador. Para llevar a cabo esta fase se elaboró un plan simple que se fue incrementando en la medida que se hizo más profundo su estudio, dirigiendo las visitas domiciliarias, así como diálogo con los jefes de familias, se extrajeron incipientes conclusiones sobre lo observado en este encuentro. Se plantearon preguntas claves para cada una de las familias.

La segunda fase sistemática o delimitación del estudio implica que después de identificar los elementos claves y los límites aproximados del problema, la investigadora procedió a recolectar sistemáticamente las informaciones, utilizando instrumentos como la entrevista

semiestructurada, para conocer las percepciones de las familias. La importancia de determinar los focos de investigación y de determinar los límites del estudio es consecuencia del hecho que nunca será posible explorar todos los ángulos del fenómeno en un tiempo razonablemente limitado. La selección de aspectos más relevantes y la determinación del recorte de estos, fueron cruciales, para lograr los propósitos del Estudio de Caso y para llegar a una información más completa de la situación estudiada.

El tercer momento lo constituyó el análisis sistemático y la elaboración del informe, ya en la fase exploratoria del estudio surgió la necesidad de unir la información, analizarla y tomarla disponible a los informantes para que manifiesten sus reacciones sobre la relevancia e importancia de lo que se ha relatado.²⁹ Luego la investigadora procedió a transcribir las entrevistas y discursos, los cuales fueron analizados a través del análisis de contenido temático.

Las fases por las que pasa el estudio de caso encierran un gran potencial para conocer y comprender mejor los problemas. Al retratar lo cotidiano en toda su riqueza, además de ofrecer valiosos elementos para una mejor comprensión de la percepción de las familias respecto al cuidado de enfermería que brindan las estudiantes.

2.3 Sujetos de investigación

Los sujetos de investigación fueron 12 familias del pueblo joven Santo Toribio de Mogrovejo de Chiclayo, que participaron voluntariamente y previo consentimiento informado (ver anexo 1) Entre los criterios de inclusión se consideraron los siguientes:

Padres de familias del pueblo joven Santo Toribio, de ambos sexos que hayan recibido como mínimo cinco visitas domiciliarias del estudiante de enfermería y que decidan libremente participar del estudio.

Del total de familias entrevistadas, el 75% pertenecen al sexo femenino y el 25% restante al sexo masculino. En relación a las edades el 83% fluctúa entre 32 a más años, y el 21% de 17 a 21 años, al estado civil, un 42% son casadas, un 25% son convivientes, 25% son solteras y un 8% viudas. Con respecto a la procedencia, un 67% proceden de la costa, 25% proceden de la sierra y 8% de la selva. En grado de instrucción, el 17% tienen primaria incompleta; 25%, secundaria completa; 25%, secundaria incompleta y otros 33%. El 50% vive con esposo e hijos, el 25% con esposo, hijos y otros y el 25% solo.

Para guardar la identidad de las familias participantes se utilizó nombre de flores, las cuales son símbolo de vida y alegría en el hogar y porque la mayoría de casas tenía un pequeño jardín dentro o fuera de la casa. La codificación tomó el nombre de flores para los 12 participantes.

Como criterios de exclusión se descartó a padres de familia pertenecientes a otros pueblos jóvenes o no cursen con adecuadas facultades mentales para entender una sesión educativa.

2.4 Escenario

El escenario lo constituyó la comunidad Santo Toribio de Mogrovejo de Chiclayo, que está ubicado en la zona norte del departamento de Lambayeque. Limita por el norte con los pueblos Luis Alberto Sánchez y Santa Trinidad, por el sur con el Asentamiento Humano 4 de Noviembre; por el oeste, con la urbanización Ciudad del Chofer; y por el este, con la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.²⁹

Entre sus características estructurales está conformado por 21 manzanas, de la "A" hasta la "U" y cada vivienda está habitada por dos personas como mínimo y un máximo de ocho. Comprende una población de 1200 familias provenientes de las diferentes partes del país, especialmente de la sierra y selva con un estrato socioeconómico que va de pobre a muy pobre, lo cual condiciona que la población tenga menos acceso a la satisfacción de sus necesidades básicas. Las familias que ahí moran

pertenecen a zonas marginales, en donde la pobreza, el analfabetismo y la lucha constante por la sobrevivencia no les permiten superarse; para ellos el cambio es difícil y se aferran a las costumbres traídas de sus pueblos²⁹

Las viviendas tienen servicios de agua, luz y desagüe, y están construidas de material rústico como adobe, cartón, quincha, latón, ladrillos, calaminas, entre otros, sus calles carecen de asfalto que favorece la presencia de polvo, las áreas verdes son escasas, para proporcionar el oxígeno adecuado, igual se observa en los parques para la recreación de los niños; no cuentan con una señalización adecuada para el tránsito de los automóviles como de los peatones, provocando así los accidentes de tránsito y la ubicación de los postes de alumbrado público están muy cerca de las casas.³⁰

2.5 Instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos que se utilizaron fueron el cuestionario socio demográfico y la entrevista semiestructurada (Ver anexos 2 y 3).

El cuestionario sociodemográfico tuvo el propósito de describir un perfil sintético de los padres de familias en estudio. La entrevista semiestructurada²⁵ fue el principal instrumento de recolección de datos, esta se basó en una guía de preguntas; pero la investigadora tuvo la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados que se fueron incrementando hasta darle una estructura completa a medida que se fue conociendo con mayor profundidad la realidad de las familias y surgieron nuevas interrogantes. Estuvo conformada por cinco preguntas de respuesta abierta.

La validación de los instrumentos se realizó mediante la prueba piloto aplicada a 3 familias del pueblo joven Santo Toribio de Mogrovejo, los que no fueron considerados, como sujetos de investigación. Esta validación permitió reorientar algunas preguntas pues no estaban lo suficientemente claras para los participantes.

2.6 Procedimiento

La presente investigación se realizó en el pueblo joven Santo Toribio de Mogrovejo, en primer lugar fue necesario la aprobación del proyecto por parte de la Escuela de Enfermería, luego se presentó a los líderes de la comunidad, exponiéndoles en forma sencilla y clara el objetivo de la investigación y todo lo que se planeó, con la finalidad de entablar un diálogo amistoso en un clima de empatía. Luego se les dio una cita para una reunión en el local comunal en donde se explicó el trabajo realizado. Una vez ubicadas las familias procedentes del Pueblo Joven, se procedió a la firma del consentimiento informado (Anexo 1). Se aplicó el cuestionario socio demográfico que permitió caracterizar a los sujetos de investigación (Anexo2). Posteriormente se realizó la entrevista semiestructurada (Anexo 3), para ello se contó con un ambiente que permitió mantener la privacidad, favoreciendo así a la participación de las personas, se explicó en qué consistía la entrevista, los objetivos de la investigación, sus derechos en la participación, así mismo se informó que serían grabadas, pero al mismo tiempo se les manifestó que serían anónimas, de este modo se respetaron los principios éticos. La entrevista tuvo una duración de 30 a 45 minutos, las cuales se grabaron con previo permiso del participante.

Inmediatamente después se procedió a desgravar uno a uno los archivos digitales de audio y a realizar la transcripción respectiva de cada conversación, guardando con discreción lo que manifestaron los entrevistados, esto se realizó con el propósito de identificar errores y de este modo ir perfeccionando los resultados que se obtuvieron.

A la hora de la entrevista se consideraron los aspectos como: el tono de voz, que se dio de acuerdo al ambiente donde se realizó la entrevista; mantener una postura natural, evitando aquellas que reflejen prisa, o nerviosismo, del mismo modo, se procuró dar libertad de expresión al entrevistado para permitir un ambiente adecuado para el desarrollo de la entrevista.

2.7 Análisis de datos

Transcritas las entrevistas se procedió a su análisis temático, al respecto Rodríguez³¹ *et al.*, refieren que este análisis viene a ser el conjunto de manipulaciones, transformaciones, operaciones, reflexiones, comprobaciones que realizan sobre los datos preservando su naturaleza textual, poniendo en práctica la tarea de categorización y sin recurrir a las técnicas estadísticas, con el fin de extraer significado relevante en relación a un problema.

Para Burns³⁹ es el conjunto de técnicas sistemáticas en la que siempre se va tener en cuenta los objetivos tanto de los mensajes como de la investigación que se está realizando, en este procedimiento se podrán emplear técnicas tanto cualitativas como cuantitativas, pero que siempre van a permitir llegar a la deducción de los conocimientos relativos al objeto de la investigación.

El análisis de contenido temático pasó por las siguientes etapas:²⁴

1) Pre-análisis: se organizó el material a examinar, en este lapso se diseñó y definió los ejes del plan, que permitieron explorar los datos, para ello, se revisaron los relatos escritos y se escucharon las grabaciones con la finalidad de introducirse en el fenómeno de estudio y hacer una remembranza de la situación vivida comparándola con lo observado, de esta forma se pudo llegar a la comprensión de los hechos, luego el material se transcribió íntegramente, imprimiéndolo, después se realizaron las lecturas y relecturas para tratar de comprender lo que los padres de familias expresaron permitiendo también la familiarización de la investigadora con el contexto y la diferente información vertida

2) Codificación: En esta etapa se realizó una transformación de los “datos brutos” *emic* (el material original) a los “datos útiles” *etic* o unidades temáticas. Las operaciones implicadas fueron la fragmentación del texto, es decir, el establecimiento, y la catalogación de elementos; luego se

procedió a la conversión del lenguaje de los discursos de tal forma que estos puedan ser utilizados de acuerdo a los fines de la investigación. Al respecto, Domínguez y Tanaka⁵⁵ argumentan que la codificación es el tratamiento del material; corresponde a una transformación de los datos brutos del texto por recorte, agregación y enumeración permitiendo obtener una representación del contenido, estas acciones tuvieron como objetivos fragmentar y comprender el texto de donde se obtuvieron 80 unidades de significado temático, de las cuales se eligieron 25 para su análisis respectivo.

3) Categorización: en esta etapa se organizó y clasificó las unidades obtenidas en base a criterios de diferenciación, luego se agruparon, se reagruparon y organizaron en unidades de significado emergiendo tres categorías con siete subcategorías. Los contenidos importantes de las categorías y subcategorías tuvieron pequeños trechos extraídos de los discursos de los participantes. Es importante destacar que por cuestiones de gramática o lenguaje en algunos casos se modificaron algunos discursos, pero se tomó el máximo cuidado para no alterar el contenido de ellos con la finalidad única de tornarse entendibles para el lector.

Finalmente, se realizaron las consideraciones finales de la tesis, donde se percibieron los objetivos alcanzados y los aportes de la percepción de las familias hacia el cuidado recibido por parte de las estudiantes de enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

2.8 Criterios éticos

Los criterios éticos que sustentaron la presente investigación tuvieron como base la *Ley del trabajo del enfermero* (27669), artículo 7° Inciso *l*); el *Código de Ética* del Colegio Enfermeros Peruanos, artículo 57°. Además, se examinaron los lineamientos para garantizar el ejercicio de la ética de la investigación desde el reconocimiento de los derechos humanos aprobados por Decreto Supremo N.º 011-2011-jus. Perú que estipula el respeto de la

persona humana y su inherente dignidad en la investigación, en el caso de los padres de familia del pueblo joven Santo Toribio de Mogrovejo. Y como principios éticos se asumieron los rebelados por la bioética personalista de Sgreccia³⁴

El valor fundamental de la vida humana: los sujetos de investigación fueron respetados como personas portadoras de dignidad y con derechos fundamentales, en ningún momento se les considero útiles para conseguir la investigación, se les trato de usted y se respetó su participación voluntaria, opiniones vertidas en los discursos, su manera de enfocar las cosas de la vida y sus percepciones acerca de cómo fueron cuidados por los estudiantes de enfermería. Su identidad fue protegida con el nombre de flores. En el trato con ellos primó el deseo de hacer el bien y se respetó en todo momento la decisión de permanecer o retirarse de la investigación.

El principio terapéutico. La investigación no produjo ningún daño a todos los sujetos de estudio, por el contrario, solo les proporcionó beneficios

EL principio de libertad y responsabilidad derivaba inmediatamente del valor fundamental de la vida, se dio a conocer a través del consentimiento informado en qué consistía la investigación, y cómo iba a desarrollarse. La investigadora siguió el proyecto tal y conforme fue organizado con la finalidad de hurgar en el objeto de estudio y llegar a la verdad. La investigadora no modificó ningún dato para beneficio propio o de la investigación.

Principio de socialidad y subsidiariedad: la consideración que la presente investigación es un bien, se explicó a los sujetos de investigación que los resultados de la investigación se difundirían en seminarios o congresos de enfermería comunitaria.

2.9.- Criterios de rigor científico

La investigación aseguró los criterios de rigor científico, sustentado en lo que dice Lincol y Guba, citado por Morse.³⁵

Confidencialidad, responde a la identidad y a los secretos o información expresados por los padres de familia participantes del P.J. Santo Toribio de Mogrovejo, manteniéndolas en anonimato mediante el uso de nombres de flores.

Credibilidad, se logró cuando la investigadora a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio recolecta información que produce hallazgos que son conocidos por los informantes como una verdadera, aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. Desde la entrevista abierta a profundidad, se tuvo la oportunidad, de re-preguntar y saber las experiencias que verbalizan los padres de familia siendo luego constatadas por ellos mismos.

Transferibilidad o Aplicabilidad, consiste en la posibilidad de transferir los resultados a otros contextos o grupos similares. Para ello se describió el lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado, permitiendo hacer generalizaciones naturales desde la investigación.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La percepción de ser cuidado y respetado sin restricciones por las estudiantes de enfermería constituye para las familias un acontecimiento que incide profundamente en las dinámicas familiares y su rol participativo en la educación para la salud de sus miembros, así como sus críticas frente al discernimiento de todo lo recibido. Posterior al proceso de análisis de los datos vertidos por 12 familias del P.J. Santo Toribio de Mogrovejo, emergieron las siguientes categorías y subcategorías:

PRIMERA CATEGORÍA: COMPROMISO E INTERÉS CON LAS NECESIDADES DE CUIDADO EN EL ÁMBITO FAMILIAR.

1.1 Acercamiento cuidadoso a los problemas de salud.

1.2 Corresponsabilidad y reproches en la enseñanza impartida.

1.3 Conjugando respeto y trato amable al momento de enseñar.

SEGUNDA CATEGORÍA: PRODUCIENDO CAMBIOS POSITIVOS EN LOS ESTILOS DE VIDA FAMILIAR.

2.1 Cambios en la familia con enfoque ecológico

2.2 Cambios en la salud personal

2.3 Cambios en el estilo de vida familiar

2.4 Cambios en el medio ambiente comunitario

TERCERA CATEGORÍA: SATISFACCIÓN, AGRADECIMIENTO E IMPERATIVOS FUTUROS PARA LAS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA.

El futuro profesional de enfermería debe tener una preparación para el trabajo con familia y desarrollar en estas un sentimiento de unidad de promover la cooperación, el apoyo mutuo y la coordinación, propiciar algunas formas de adaptación a las diferentes situaciones a las que se deben enfrentar en el transcurso de su ciclo vital familiar.³⁵ Cuando las familias aprecian a las estudiantes de enfermería como las cuidadoras propicias de sus propios miembros familiares y saben valorar el hogar como el lugar en que vive la familia, donde se generan cambios relevantes relacionados con su salud, entonces habrá una apreciación favorable de las acciones desarrolladas por estas, ya que ayudan en la mejora del cuidado a nivel familiar y propician cambios en los estilos de vida. Estas afirmaciones se pueden apreciar en la siguiente categoría

PRIMERA CATEGORÍA: COMPROMISO E INTERÉS CON LAS NECESIDADES DE CUIDADO EN EL ÁMBITO FAMILIAR

Zurro³⁶ afirma que la familia es el primer recurso para promocionar la salud, prevenir enfermedades, llevar a cabo tratamiento y cuidado, y rehabilitar la salud. Por ello, las familias del pueblo joven Santo Toribio al entrar en contacto con las estudiantes de enfermería las perciben como personas interesadas, con capacidad de comprometerse e involucrarse en sus problemas de salud, que saben detectarles necesidades de cuidado y dan razón de la manera cómo interactúan con las estudiantes, su comportamiento para obtener su aceptación y su beneplácito ante la posibilidad de encontrar soluciones, a través de la promoción de la salud y el autocuidado.

1.1 Acercamiento cuidadoso a los problemas de salud

Para Pérez,³⁷ cuidar desde un enfoque familiar implica incluir a la familia en el proceso de prestación de cuidados; esto significa tenerla como unidad, como un sistema, donde cualquier alteración de alguno de sus miembros implica disfuncionabilidad en su totalidad. Goldemberg,³⁸ en su artículo "La familia un paciente olvidado", sostiene que la familia constituye un sistema porque está formada por un conjunto organizado de elementos que se relacionan e interactúan entre sí, de tal manera que cualquier acción, alteración o cambio en uno de ellos repercute en todos los demás y viceversa.

Por ello, la familia se convierte en un estímulo favorable para la recuperación de la salud de alguno de sus miembros. La consideración del papel de la familia en el proceso de salud enfermedad y el lugar prioritario que ocupa en la atención primaria de salud, se promueve a partir de la conferencia de Alma Atá,³⁹ en donde la Organización Mundial de Salud (OMS) la supone como el primer agente intermediario entre el individuo y la sociedad y la primera unidad de intervención preventiva y terapéutica. Además, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos⁴⁰ Art. 16-3, la familia es la unidad de grupo natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a ser protegida por la sociedad y por el

Estado". Igualmente, la profesión de enfermería ha considerado siempre a la familia como la principal fuente de apoyo y cuidados, por ello en 1994 la reunión del Comité de Expertos en Enfermería de la OMS, formuló la siguiente declaración:⁴¹ "Los servicios de enfermería orientados a la salud de la familia se basan en la concepción de esta como unidad y tienen por objeto atender las necesidades y preocupaciones de la familia en materia de salud, animándola a utilizar sus propios recursos, humanos y materiales, y señalando la manera óptima de utilizar los servicios de salud disponibles". Preocupaciones y necesidades que las familias logran descubrir a través de la aproximación con las estudiantes de enfermería, son conscientes que las necesitan porque están el resto de sus familiares de por medio y mientras exista otros y su vulnerabilidad acota Waldow⁴² en esa relación yace la sensibilidad y la capacidad de expresarnos a través del lenguaje, de ser compasivos y solidarios, afirmaciones que son reconocidas y apreciadas por las familias en las expresiones:

"...en nuestra familia se presentan como estudiantes de la USAT y nos manifiestan que quieren trabajar con personas que tengan algún problema de salud. Preguntan cuántas personas vivimos en casa, cuántos dormitorios hay en la vivienda, si tenemos o criamos animales, también si tenemos familiares que han fallecido por cáncer, tuberculosis o SIDA..."(Chavelita)

"...vienen acompañadas con otra estudiante, o una profesora, se identifican como estudiantes de enfermería y señalan que están trabajando con las familias del Pueblo Joven, nos hacen preguntas: ¿cuántos integrantes somos?, si alguno tiene algún problema de salud, (enfermos), si tenemos luz, agua, desagüe. Quedamos que regresarán otro día de acuerdo a los problemas que presentamos..."(Amapola)

"...lo primero que realizan las estudiantes es indicarnos que van a trabajar con familias que tiene problemas de salud, para esto le toman datos sobre los integrantes que habitan en la vivienda..."(Hortencia)

"...las estudiantes primero hacen que nos presentemos, piden nuestros nombres, luego como está conformada

nuestra familia, empiezan a preguntarnos si alguno de nosotros tiene alguna enfermedad, anotan todo en sus libretas y después de una semana regresan...” (Flor)

“...después de preguntar por todos los integrantes de la familia, nos dicen que van a llegar continuamente y que nos van a dar charlas para mejorar nuestra salud...” (Violeta)

En la reciprocidad familia-estudiantes se socializan problemas, situación de salud, organización de la familia, obtenidas por medio de la visita domiciliaria y la entrevista que realizan las estudiantes y la familia las acepta. La familia descubre la ayuda que a futuro van a recibir porque el tipo de preguntas que les hacen están relacionadas con su realidad y la de sus miembros, así lo explica Pender ⁴³ en uno de sus supuestos teóricos: “Las personas se comprometen a involucrarse en conductas de las cuales ellas anticipan y derivan beneficios personalmente valorados”. Esta acción que ejecutan las estudiantes les permite desarrollar la competencia de valorar y analizar críticamente el estado de salud de la familia en el contexto en el que se desenvuelve, su propia casa y se comprometen a contribuir en la satisfacción de sus necesidades afectadas, esta actitud de las estudiantes favorece la sinceridad y la buena voluntad de la familia de compartir información creándose un ambiente de sinceridad que permiten se establezcan buenas relaciones interpersonales. En este sentido, Silva ⁴² acota que las acciones de salud deben servir para responder a las necesidades de los usuarios de salud percibidos, en sus dimensiones biológicas y psicológicas.

En este sentido, las necesidades sentidas de la familias, las estudiantes las captan a través de la entrevista y las madres al sentirse acogidas acceden a esta. La entrevista les permite conocer a profundidad sus problemas, por ser un proceso de interacción social entre dos personas, tiene una finalidad y esto determina su carácter.⁴⁴ Permite penetrar en aspectos de la vida de las familias, tales como sus motivaciones e intereses, sus sentimientos, problemas situación de salud, etc. La entrevista no es una simple conversación, sino que implica una planificación, la cual no cabe

duda tiene objetivos previos que respondan a los intereses de las estudiantes, valorados por la familia, las cuales emiten información que necesitan, para prever los cambios que desean como resultado final de su acción.

De igual forma, el uso de la visita domiciliaria para Zerwekh⁴⁵ le permite a las estudiantes, establecer relaciones interpersonales. Ésta es la base para influir efectivamente en el comportamiento de salud y ayudar a que la gente se haga cargo de sus propias vidas

Al respecto, una de las exigencias en la formación de las futuras enfermeras concurre en el cuidado a la familia a nivel de la comunidad porque la atención no está en el proceso salud-enfermedad sino sobre todo en el bienestar integral de la persona, de la familia y la población y en la calidad de vida en el propio hogar a base de autocuidado, prevención y promoción de la salud como sostienen Orem,⁴⁶ y Pender.⁴³

Según Pender,⁴³ la promoción de la salud es un proceso que busca desarrollar habilidades y genera los mecanismos administrativos, organizativos y políticos, centrándose en la acción sobre las causas o determinantes de la salud. Combinando métodos o planteamientos para un desarrollo comunitario. Toda promoción de la salud según Pender⁴³ aspira a la participación efectiva de la población, por ello las familias permiten que las estudiantes las entrevisten para conocerlas bien, favorecer el auto ayuda y animar a las personas a encontrar la manera de promocionar la salud de sus comunidades y satisfacer sus propias necesidades.

Por su parte, Orem⁴⁶ define que el objetivo de la enfermería consiste en ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de auto cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y o afrontar sus consecuencias, estas afirmaciones las estudiantes las aplican en su encuentro con las familias y estas las estiman y a la vez explican que las estudiantes son guiadas por la profesora a interaccionar con diferentes grupos familiares, especialmente necesitados;

exigencia que parte de la asignatura *cuidados de enfermería fundamental y materno perinatal*, considerada como una rotación de práctica, el trabajo en la comunidad, en este lapso de tiempo, las estudiantes despliegan capacidades sociales y de relaciones interpersonales con la finalidad de captar familias que requieran ayuda, para ello las empadronan, toman datos y solicitan les expresen sus problemas, las familias identificadas respetan el trabajo, las reconocen como estudiantes de enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo y les ayudan a encontrar sitios propicios para realizar las actividades educativas, uno de estos lugares son el comedor popular o las casas de alguna de las familias, por ello reconocen que sus problemas son abordados y expresan que no se sienten abandonadas, aquí las relaciones de cuidado se han fortalecido mutuamente que conduce a la colaboración mutua como lo evidencian los discursos:

"...vienen con bastante entusiasmo... es bueno que vengan porque así nos sentimos que no estamos abandonados. A poquitos nos gusta lo que nos dicen y estamos aprendiendo... y como dicen ellas. prevenir las enfermedades con la limpieza y la comida bien preparada es bueno..." (Margarita)

"...realizan un buen trabajo cuando llegan a visitar a las familias humildes y sobre todo buscan a aquellas que más lo necesitan y les brindan charlas sobre sus necesidades es una gran oportunidad para nosotros sobre todo en el caso de mi familia..." (Violeta)

"... posteriormente llegan a un acuerdo del día y la hora en que van a llegar, y la familia las espera, el tema ya está estructurado y esto lo realizan siguiendo un orden y tratando de llegar al fin deseado..." (Hortensia)

Las familias aprecian la participación de las estudiantes, descubren en ellas ganas de trabajar por el bien común de su salud, las señalan como personas entusiastas, porque les ayudan a descubrir su potencial interno en aspectos de experiencias de salud para auto dirigir su conducta al cambio. Pero afirman además que alguien se preocupa por ellas y no están olvidadas expresión que hace pensar que la educación de salud no ha tocado sus

puertas, sin embargo les gusta aprender, en este sentido las familias aciertan porque el método que aplica la educación para la salud, se basa en la identificación de las necesidades educativas, como en un primer momento lo han realizado las estudiantes de enfermería para satisfacerlas a partir de sesiones educativas que se insertan y combinan, con los requisitos establecidos para lograr una promoción de salud a escala familiar.^{44,45}

Se hacen responsables de establecer entre ambos horarios con día, hora y lugar de encuentros, teniendo en cuenta que son madres de familia y que tienen quehaceres propios del hogar. Para ello, no cabe duda que entre las estudiantes y la familia existe una proximidad empática, como afirma Zurro,³⁶ cuando se trata de la salud familiar debe existir un enfoque de actuación bajo una triple perspectiva: personal (estudiantes y las exigencias de su práctica comunitaria) familiar, (las familias del P.J. Santo Toribio de Mogrovejo) y colectiva (la propia comunidad), con una orientación estratégica hacia la mejora de la salud a través del abordaje de los problemas y necesidades existentes, donde existe una necesidad de adaptación estratégica y operativa debido a la gran diversidad y complejidad de los contextos y modelos familiares y de cultura y organización colectiva, guiados siempre por valores de defensa de la dignidad humana, equidad, solidaridad y ética profesional como lo han seguido las estudiantes de enfermería, quienes no omiten motivar y estimular a las familias para acudir a los encuentros programados.

Sin embargo, la conformidad no es total ya que entre las propias familias hacen comentarios que los horarios de las charlas les hacen perder el tiempo, y esto puede suceder porque las prácticas comunitarias se desarrollan por la mañana en el horario de 8.00 a.m. a 1.00 p.m. y algunas familias están ocupadas en sus quehaceres domésticos, estas apreciaciones de las familias hasta cierto punto negativas se suelen presentar como mencionó Zurro,³⁶ por los diferentes modelos de familias que existen en una comunidad y cuando la educación aborda aspectos preventivos

promocionales que conducen a dejar algunas prácticas dañinas o inapropiadas para tener una vida saludable, donde tienen que ser partícipes activos tanto en su autocuidado como en la educación que puedan recibir aún sin valorarlas.

Educar es una función inherente al quehacer del profesional de enfermería desarrollado por las estudiantes y exigidos por su formación académica, en la medida en que motiva, facilita y propicia modificaciones en el comportamiento de las personas, que conducen a la adopción de actitudes y hábitos que mejoren o sirvan al sostenimiento de la salud.

Si se entiende el cuidado como una acción pluridimensional y compartida, se debe plantear en relación con la profesión de enfermería como su esencia, es decir, que la acción de cuidar como quehacer de enfermería, es sin duda pilar fundamental de la misma; comprender esta esencia como algo intrínseco de la profesión, lleva también a mirarla desde el campo de lo sensible, a la dignificación no solo de sí misma como disciplina, sino al objeto fin de su desarrollo: el paciente, la familia y la comunidad.

1.2 Corresponsabilidad y reproches en la enseñanza impartida

Alcanzar el pleno desarrollo de una verdadera y completa estrategia de atención comunitaria no es tarea fácil⁴¹ porque un abordaje holístico requiere atender los problemas y necesidades de salud, la comprensión de los factores culturales, religiosos socioeconómicos y de clase social, y del sistema de valores personales y colectivos o la consideración de la influencia del entorno laboral, por ello en las familias se da en algunos casos la corresponsabilidad en las enseñanzas recibidas porque hay participación tanto de estudiantes como de las familias, a través de las acciones educativas programas y en otras por el contrario existen críticas de insatisfacción.

Existen corresponsabilidad cuando las familias manifiestan conformidad al ser intervenidas por las estudiantes de enfermería en aspectos de prevención y promoción de la salud a través de la educación, valoran que la enseñanza aprendizaje impartida es dinámica, entendible, saben llegar y las familias están atentas a los saberes impartidos, responden a preguntas y valoran el material didáctico que se les entrega. Al respecto, Bernardo cita a Vigotsky⁴⁸ argumentando que la enseñanza-aprendizaje es una acción pedagógica basada en un auténtico proceso de comunicación que tiene que ser cíclico donde el emisor se convierta en receptor y el receptor en emisor.⁴⁹ Situación que saben conducir las estudiantes de enfermería y que es querida por las familias en su proceso de aprendizaje, pues llevar conocimiento acerca de la salud a una comunidad de precarias condiciones económicas no solo es cumplir con un deber profesional, es además actuar como un promotor social rompiendo viejas tradiciones y creencias que deben ser superadas, aceptadas y evaluadas. Como se aprecia en las siguientes expresiones:

“...para demostrar lo que nos enseñan traen materiales y todos los útiles necesarios, una vez que terminan nos hacen preguntas, nos piden opiniones, así aprendemos a decir no solo lo que hemos aprendido, sino lo que sentimos y comprendemos lo bueno que es cuidarnos...”(Amapola)

“... puse mucha atención en lo que me enseñan las estudiantes se preocupan de que hayamos entendido el tema a través de sus preguntas y también nos escuchan... y hacer todas las preguntas”...traen materiales muy bien presentados, que me ayudaron bastante, me dejaron una lámina de la pirámide nutricional y me sirve porque estoy muy subida de peso.... yo la guardo para enseñarle no sólo a mi familia sino a mis vecinas que no pudieron asistir...” (Margarita)

“...cuando vienen traen láminas nos entregan trípticos, hacen demostraciones, controlan la presión arterial y luego nos hacen preguntas para ver si hemos entendido, si no les contestamos nos explican de nuevo, no se molestan, tienen bastante paciencia...”(Violeta).

“...no sólo hablan, también traen papeles o láminas con dibujos bien claritos, no se enojan si no entendemos, también hacen demostraciones para que nosotras entendamos y se

nos quede para siempre, esto me pareció muy bueno..."
(Azucena)

"...Vienen bien preparadas traen sus láminas hacen demostraciones con materiales vistosos y sencillos..."(Chavelita)

Como se puede apreciar, el aprendizaje conlleva un cambio de conducta que experimentan las madres de familia, si los objetivos propuestos se cumplen y no se han caído en un simple verbalismo, exposiciones intrascendentes, si no que se ha interactuado a través de un aprendizaje significativo, proceso por el cual una nueva información se relaciona con un aspecto relevante de la estructura del conocimiento del individuo.⁴⁹ se puede percibir que lo que llegó hacia ellas lo pueden asociar e incluir a su quehacer cotidiano.

En este sentido, la enseñanza como trabajo sistemático convierte el saber externo en un saber interno. Por eso las estudiantes de enfermería cumplen las tareas de seleccionar el saber externo o los contenidos que desean llevar a las madres de familia para que aprendan. Por su parte, los padres de familia dan corresponsabilidad y están de acuerdo sobre cómo se han organizado dichos saberes, la forma cómo las estudiantes han escogido los métodos y los recursos más adecuados y eficaces, según ellas para cumplir su rol de docente.

Es importante señalar que las enseñanzas impartidas a las familias traen como efecto el bien de su salud, expresan la bondad que encierra, cuidarse no sólo por las clases teóricas recibidas, sino por sus propios sentimientos, los cuales forman parte de su afectividad e influyen en la voluntad para comprender lo que las estudiantes están haciendo por ellas, por este motivo valoran el material que se les entrega, los interrogantes formulados durante las clases, con un *feedback* *recíproco*, se sienten escuchadas con una notable sensibilización social, especialmente si las familias aprendieron a razonar en los temas de su interés, para luego comunicarlo a sus propias familias y vecinos. Impresiona cómo destacan

que el material didáctico elaborado es claro y motivador. Esto significa la proyección hacia los demás mostrando un significativo efecto multiplicador.

Al respecto, Casasas *et al*⁵⁰ en su estudio *Innovación de la enseñanza para la formación de recursos de enfermería familiar y comunitaria*, explica que en el ámbito comunitario, las actividades que preponderantemente han sido privilegiadas por las estudiantes de enfermería en su práctica diaria son las educativas, utilizando para ello material didáctico actualizado que le permitan mejorar la comprensión sobre el tema y les facilite el desarrollo del proceso enseñanza aprendizaje, que al ser interactivo favorece el aprendizaje, pues se compone de un grupo de acciones conscientes y deliberadas que ayudan a los padres a adquirir nuevos conocimientos, cambiar actitudes, adoptar nuevas conductas o desarrollar nuevas habilidades.

Sin embargo, en el proceso de enseñanza a la familia pueden surgir muchas dificultades, externas desde los reproches de las familias hasta la inseguridad, al presentarse situaciones que no están previstas, tales como el riesgo de atracos y asaltos en la comunidad, tener sustos, posibilidad de accidentes, soportar las inclemencias del tiempo, no tener un lugar apropiado para atender a las familias; o los internos como; por ejemplo, no saber llegar a las familias, lo que produce tensión a las estudiantes de enfermería, especialmente en los primeros encuentros. O cuando la enseñanza es impartida a una variedad de familias y no las llegan a conocer totalmente por ser procesos complicados, los riesgos son muchos o las expectativas puestas en la familia por las estudiantes son desproporcionadas y las familias pueden hacer críticas negativas a manera de reproches al observar la inseguridad de las estudiantes, como se aprecia en los discursos:

“...algunas son muy tímidas para hablar, pareciera que tienen temor, nosotros las comprendemos porque también tenemos a nuestros hijos que estudian, creo que viniendo más seguido

van a perder el miedo y a tener más confianza con nosotras...” (Dalia)

“...los términos que utilizan las estudiantes deberían ser más sencillos, existe en la comunidad mucha gente que tiene poca educación y, por lo tanto, los términos que emplean deben estar de acuerdo a su nivel cultural...” (Hortensia).

“...los términos deberían estar un poco más claros, porque son desconocidos para nosotros. Algunas señoritas se ponen nerviosas...” (Violeta).

“...que sean puntuales a la hora que nos dicen que van a venir, porque yo tenía que salir muchas veces a trabajar y ellas llegaban y no me encontraban. Las vecinas me decían que habían llegado. Yo estoy contenta con lo que hablaban las señoritas, pero deben adaptarse al horario de nosotros y no podemos estar a la hora que ellas llegan...” (Azucena)

“...estamos contentas con lo que nos han dado pero les pediríamos que las estudiantes utilicen una forma de hablar más sencilla que se fijen que hay madres analfabetas y que por vergüenza no preguntan porque a veces no comprendemos algunos términos...” (orquídea)

Una minoría de madres de familia al observar ciertas actitudes en las estudiantes de enfermería, al impartir las clases expresan ciertos reproches, haciendo un llamado de atención sobre el comportamiento de las estudiantes, ellas quisieran un horario especial de acuerdo al tiempo que disponen, pero las estudiantes también tienen un horario de prácticas por el cual responder exigido por sus profesoras. Además, por el hecho de ser estudiantes, a veces no les resulta fácil usar un lenguaje sencillo, especialmente con personas de la comunidad, siempre salen términos no entendibles incluso en los que ya son profesionales de enfermería, también es propicio que sientan timidez y cierto miedo al hablar porque se están dirigiendo a personas mayores donde se deben tener en cuenta aspectos de andragogía, la cual se centra en el estudio de los métodos, estrategias, términos y procedimientos eficaces para el aprendizaje del adulto y las estudiantes también están en proceso de aprendizaje y de formación

Es por ello que a veces se presentan con timidez o sienten miedo enfrentarse a las familias. Al respecto, el estudio de Espinoza y Sanhueva

sobre el miedo y su relación con la inteligencia emocional”⁵¹ argumenta que los profesionales en formación, como las estudiantes de enfermería van a transitar necesariamente por situaciones trascendentales y desconocidas, como es el temor a las presentaciones, exposiciones frente a las familias; sin embargo enfrentar la experiencia requiere de habilidades emocionales que tienen que ver con la forma de comunicarse con las familias, con su toma de decisiones, su capacidad de afrontamiento. Las habilidades emocionales necesarias para enfrentar los miedos se pueden fundamentar desde el modelo de la inteligencia emocional y las propias estudiantes están aprendiendo.⁵²

1.3 Conjugando respeto y trato amable al momento de enseñar

Cuando una enseñanza es favorable para quienes la reciben significa que hay empeño y responsabilidad, pero también emerge afectividad como resultado de las disposiciones, habilidades y virtudes expresadas durante la enseñanza. Por ello, para dar respuesta a las propias necesidades de salud, según Di Prieto,⁵³ las familias no solamente son conscientes de su idea de salud, sino también del propio proceder, la responsabilidad, los instrumentos que poseen y las acciones que tienen que realizar para suscitar cambios. Así lo reconocen las familias al sentir que las estudiantes las acogen con el debido respeto, propio de la persona portadora de dignidad personal y derechos humanos y también con amabilidad, como resultado de personas que interactúan unas con otras⁵³.

Según el paradigma de la transformación,³⁶ la familia se constituye como un todo, salen del reduccionismo biológico y entran en la lógica de una coherencia integral, sistémica y ecológica. Esto significa la convicción que toda familia es buena y digna de aprecio. Por su parte, el estudiante de enfermería tiene una sólida formación basada en fundamentos técnicos científicos, humanísticos y éticos que le permiten desempeñar su ejercicio con calidad y conciencia profesional. El respeto está implícito en su cuidado, pues a lo largo de su formación adquiere conocimientos,

habilidades y atributos para ejercer la enfermería y, en ese sentido, la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo tiene como función asegurar a la sociedad el tipo de cualidades que requiere un profesional para ejercer su práctica formal, como una garantía de interés público regulado por las instituciones. Como resultado de su educación formal, las estudiantes de enfermería se encuentran identificadas con los más altos valores morales y sociales de la humanidad y comprometida con aquellos que en particular propician una convivencia de dignidad y justicia e igualdad, condiciones que son corroboradas por las familias al percibir como las estudiantes de enfermería saben relacionar respeto con trato amable cuando reciben sus clases:

"...las estudiantes llegan a nosotros con caras alegres, nos muestran su respeto, sin importarles nuestra condición y lo poco que tenemos, no siempre mi familia completa está en la charla porque; por ejemplo, mi marido trabaja y mis hijos menores estudian, pero, sí, mi hija mayor ella es casada y tiene dos hijos..." (Rosa)

"...recibimos de ellas un trato amable..." (Amapola)

"...nos sentimos que nos miran con respeto, demuestran igualmente preocupación por nuestros problemas. Al final nos dan un compartir..." (Orquídea)

"...las estudiantes vienen bien presentaditas, no nos tratan mal porque somos pobres, sino que son amables, (azucena)

"...nos tratan con amabilidad, me tomaron la presión arterial y me dijeron que me cuidara y me la controlara siempre, que tomara las medicinas porque como tengo familia que sufre de la presión alta y que eso es hereditario y que trae muchas consecuencias para el corazón y los riñones..." (Dalia).

Las familias expresan que las estudiantes de enfermería incluyen en su práctica actividades que protegen la dignidad de las familias, así como conocimientos y sensibilidad hacia todos los problemas que presentan donde verifican detalles de respeto, trato amable propio de quien se dirige a la familia. Al respecto, Pender⁴⁵ argumenta que cuando las emociones positivas o el afecto se asocian con una conducta, la probabilidad de compromiso y acción aumentan; así lo expresan las familias al sentirse

respetadas y apreciadas por las estudiantes, además, reflexionan cómo han sido miradas, consideradas y que diferencias se han suscitado con ellas ya que el respeto como un valor fundamental, está implícito en el cuidado de enfermería y permite a la estudiante reconocer el valor propio, aceptarlo, apreciarlo y valorarlo; así como las cualidades y derechos de la familia.

Por tanto, si las familias son apreciadas desde el paradigma de la transformación³⁵ el cuidado debe procurar la salvaguarda, el respeto y el desarrollo de la dignidad, como parte consustancial de la naturaleza humana. El componente siempre humano del cuidado debe reservar un espacio para confortar a la familia y para que este reciba un trato digno.

Por su parte, Peplau⁵⁴ considera a la enfermería como un proceso terapéutico e interpersonal que funciona en forma coordinada con otros procesos humanos que hacen posible la salud para el individuo, la familia y la comunidad. La relación de respeto y comunicación que se establece entre ambas conlleva a lograr su satisfacción. El respeto también incluye, según la autora, su integridad y a su particular forma de pensar, a sus creencias y decisiones, evitando en el trato: Gritar, criticar, insultar o regañar a la familia aspecto que las estudiantes no realizaron en ningún momento de sus encuentros con las familias. Asimismo, el trato amable de las estudiantes hacia las familias permite establecer una relación de empatía en la manera como se comunican y la forma como decepcionan las enseñanzas hacia el cambio, por ello emerge la categoría.

SEGUNDA CATEGORÍA. PRODUCIENDO CAMBIOS POSITIVOS EN LOS ESTILOS DE VIDA FAMILIAR

Cuando se adquiere conocimiento y se practican en la vida diaria las familias razonan sobre los cambios producidos en ellas, a nivel personal, familiar y de su medio ambiente. Pender³⁴ detalla que es muy probable que las personas se comprometan e involucren en conductas promotoras de salud cuando otros modelos significativos de conducta esperan que esta

ocurra, y proveen asistencia y apoyo para facilitarla como las estudiantes de enfermería lo han desarrollado con las familias.

Igualmente, la autora argumenta que los individuos y grupos tienen una tremenda plasticidad y potencial para el cambio. Debido a la capacidad del ser humano para el autoconocimiento, autoregulación, toma de decisión, y resolución creativa de problemas, donde el cambio autodirigido es posible. El autocambio puede ser definido como nuevos comportamientos que las personas voluntariamente han decidido lograr las metas autoseleccionadas o resultados deseados. Entre los cambios suscitados en los estilos de vida familiar emergieron:

2.1 Cambios en la familia con enfoque ecológico

Para Pender,⁴⁵ existen múltiples teorías en el cambio de comportamientos siendo uno de ellos el enfoque ecológico, en el cual los factores interpersonales, institucionales, comunitarios y políticas públicas representan niveles de influencia en el comportamiento de la salud humana. Entre ellos el ejercicio, evitar el sobrepeso, puede ser influenciado por el factor interpersonal del esposo/esposa de mantener el peso normal, la influencia comunitaria puede ser regulada por el consumo de comida, bajas en calorías y frituras, tanto en hogar como en restaurantes. Y un ejemplo de las políticas de salud consiste en acudir al centro de salud correspondiente, en el uso de cinturón de seguridad. El enfoque ecológico a los cuidados de la salud encaja en el punto de vista holístico de los enfermeros referente a los factores múltiples que influyen en el comportamiento de salud y la salud, por ello la familia ha valorado las enseñanzas impartidas en estos aspectos y los cambios producidos en los familiares apreciados en sus discursos:

“... estoy asistiendo a la posta de Quiñones como me dijeron las señoritas porque cuando me visitaron mi presión arterial

estaba alta, antes ya me habían dicho en la posta que tomara las pastillas para la presión, pero no tenía dinero, ni para los pasajes, ni para las pastillas...” (Chavelita)

“...ahora estoy comiendo menos grasas y frituras porque estaba más gorda, ya no ingiero muchas harinas, pan, fideos también realizo ejercicios, caminatas, para poder bajar un poco de peso, ya me han dicho las señoritas que el sobrepeso me hace mucho daño para mi presión. La verdad es que yo he aprendido mucho a cuidarme, sobre todo porque tengo a mis hijos que están chicos...” (Rosa)

Las familias como se puede apreciar tienen la disposición y la tendencia para cambiar comportamientos de salud y para modificar estilos de vida. En este sentido Pender ⁴⁵ explica que la meta de la mejora de la salud de la población será mejor servida al colocar mayor énfasis en el sistema de cuidados de salud en la prevención primaria y la promoción de salud a lo largo de la vida. El progreso hacia esta meta requiere un entendimiento de la dinámica motivacional de acciones que incrementa a la salud y la socialización de experiencias y conocimientos, situación que las familias recibieron para producir cambios de actuación saludable, para ello se les proporcionó conocimientos y materiales relacionados con los temas de su interés orientados a la salud relevante, como es usar los recursos de salud ante situaciones no posibles de tratar en casa, tales como cursar con hipertensión arterial, la cual debe ser monitorizada y tratada por el médico y en un centro de salud; al percibir los resultados, la familia cambia de parecer y decide asistir para su control.

Otras en cambio valoran lo recibido cuando al contemplar su imagen corporal relacionan el sobrepeso con la hipertensión y el daño a futuro, causado por ingesta desmedida de carbohidratos y grasas, que les puede ocasionar daños irreparables y reflexionan que es su deber cuidarse, especialmente porque tienen hijos que dependen de ellas y optan por mejorar el régimen alimentario o realizar ejercicios, aspectos que están en ellas realizarlos y no en otras personas. Otro de los cambios suscitados en la familia son:

2.2 Cambios en la Salud Personal

El comportamiento de salud puede ser motivado por un deseo de proteger a la salud al evitar enfermedad o un deseo de incrementar el nivel de salud en la presencia o ausencia de enfermedad, las madres de familia saben con certeza que se han producido cambios a nivel personal, en este sentido Pender⁴³ acota que los familiares, pares y proveedores de cuidado son fuente importante de influencias interpersonales que pueden incrementar o decrecer el compromiso para involucrarse en conductas promotoras de salud, para lograr estos cambios las familias explican que las estudiantes tuvieron como aliado a la educación de la salud, Pérez ³⁷, sostiene, que la salud no es la única razón que motiva un comportamiento saludable, existen otras como la autoestima, el reconocimiento social, las concepciones de salud. En estas consideraciones Pender⁴³ destaca que la promoción de la salud es dirigida hacia el incremento en el nivel de bienestar y autoactualización de un individuo o grupo dado; se enfoca en los esfuerzos de enfrentar o moverse hacia un estado positivamente balanceado de salud de alto nivel y bienestar como se puede apreciar en los siguientes discursos de las familias:

"...no solo hemos mejorado en cuanto a nuestro aseo personal desde el lavado de las manos, también tomamos agua hervida, así nosotros sentimos que nuestra vida poco a poco ha ido mejorando..." (Diamela)

"...además de cuidarme en mi aseo, hoy tomo las medicinas que me compran mis hijos, le he explicado a mi familia con mis palabras lo que me enseñaron las señoritas, que es muy bueno cuidarse, antes de que vengan los males y sobre todo a mi esposo; ya no, reniega tanto con mi enfermedad. Antes me hacía sentir mal porque no podía hacer bien las cosas..." (Chavelita)

"...también me acuerdo acerca del autoexamen de mamas, la manera correcta de realizarlo después de la menstruación, cuando nos bañamos, siguiendo el orden de las agujas del

reloj, colocándonos las manos en la nuca y si sentimos un bultito, debemos de realizarnos una mamografía...” (Begonia)

Como se puede apreciar en los discursos de las madres de familia existe una realidad de cambio en muchos comportamientos de salud que antes no vivían “el acercamiento a un estado positivo” y “el evitar un estado negativo”, afirma Pender ⁴⁵, sirven como fuentes de motivación para el comportamiento y todo gracias a las acciones impartidas por las estudiantes de enfermería. Además las familias manifiestan que han mejorado y mantienen un estilo de vida saludable y relacionado con el aprendizaje de hábitos de higiene y cuidados personales los cuales contribuyen a mejorar la salud y el bienestar de la familia, prevenir las enfermedades y la aparición del desarrollo de enfermedades transmisibles a través del correcto lavado de manos, demostración impartida por las estudiantes de enfermería, y con gran acogida por las familias. Al respecto Pender,⁴⁵ acota que la protección de la salud es dirigida hacia la disminución de la probabilidad de la experimentación de problemas de salud por una protección activa en contra de factores patológicos de estrés o la detección de problemas de salud en la fase asintomática. La protección de la salud se enfoca en los esfuerzos de alejarse de o evitar los estados de enfermedad o heridas mal equilibrados. La promoción de la salud es dirigida hacia el incremento en el nivel de bienestar y auto-actualización de un individuo o grupo dado, tal y conforme lo han desarrollado las estudiantes de enfermería y las familias reconocen sus beneficios. Además, aciertan cuando las mismas familias reconocen que actualmente se realizan el autoexamen de mamas, actividad sencilla pero muy importante para detectar y prevenir el cáncer de mama tan arraigado en las mujeres a partir de los 40 años de edad.

El autoexamen de mamas constituye un método mediante el cual se estima que un alto porcentaje de las lesiones del tejido mamario son detectadas precozmente por la propia mujer o acertando el diagnóstico de aquellos que son malignas, y si existen familias que promueven esta actividad, los beneficiados serán mayores y habrá una detección temprana

de esta patología. Al respecto, Pender⁴³ argumenta que la prevención secundaria consiste de esfuerzos organizados de revisión directa o la educación del público para promover la autorevisión de mamas y la autorevisión de testículos o el uso de kits para casa, en la detección de sangre oculta en los cultivos de heces, son ejemplos de la prevención secundaria. Cuando la prevención primaria no se encuentra disponible, la prevención secundaria (temprana diagnóstica y tratamiento) representa la primera línea de defensa contra enfermedad, actividades desarrolladas por las estudiantes de enfermería con aprobación de las familias

Igualmente las familias disciernen sobre.

2.3 Cambios en los estilos de vida familiar

Los valores, actitudes, y comportamientos de salud se aprenden dentro del contexto familiar, por ello las familias asumen responsabilidades hacia la salud de todos sus miembros como unidad. La familia es un grupo primordial para la disminución de comportamientos de riesgo e incremento de comportamientos saludables como un todo y ellas mismas razonan sobre los cambios ocurridos en su estilo de vida.

Además, la familia, como afirma Zurro³⁶, es el núcleo donde habitualmente se hace frente y se resuelven los problemas de salud de sus miembros y tienen un papel decisivo en la etiología de algunas enfermedades y en el desarrollo de las conductas preventivas. Por ello, el gradual modelaje de comportamientos deseados, como lo explica Pender,⁴³ es una manera efectiva para hacer cambios permanentes en un estilo de vida, a esto se debe que las familias hayan aprendido de los estudiantes de enfermería, quienes les facilitaron conocimientos, prácticas básicas de salud, acciones preventivas y mantenimiento del cambio de comportamiento al ayudarlas a minimizar o eliminar barreras a la acción preventiva. El permitir a clientes asumir el liderazgo en la modificación de

sus estilos de vida es un enfoque ético, sin manipulación para mejorar la salud de las mismas.

En este sentido, las familias para Pender⁴⁵ tienen el poder y habilidad para cambiar comportamientos de salud o para modificar estilos de vida relacionados con ella. El enfermero promueve un clima positivo, sirve para catalizar el cambio, ayuda al cliente con varios pasos del proceso de cambio, y desarrolla la capacidad del cliente para mantenerlo. Igualmente Zurro⁵⁶ detalla que el rol fundamental de los profesionales de enfermería es ayudar a llevar a cabo los cambios sugeridos en el estilo de vida de las personas, así como, evaluarlos, desde las percepciones individuales hacia las familiares respecto a los beneficios y realce de las acciones. Tal y conforme las familias lo reconocen cuando al practicar lo enseñado por los estudiantes de enfermería perciben los resultados positivos, evidenciado en los siguientes discursos:

"...a mi familia, en primer término les hice comprender sobre mis alteraciones de carácter, diciéndoles lo que me han explicado y como nuestro organismo cambia en las personas de mi edad y reaccionamos mal. Hoy, trato de controlarme porque ¿qué culpa tiene mi esposo y mis hijos por lo que me estoy pasando? ellos ya no se preocupan tanto..." (Margarita)

"...mi familiar entendió mejor su enfermedad y como ella decía que con solo la visita de las estudiantes y las palabras de aliento que le dieron parece que con eso se hubiera mejorado. Ahora la veo más calmada y, sobre todo, sigue los consejos que le dieron, toma la medicina que le han recetado y cuando se siente mal, se va a la posta de Quiñones..." (Orquídea)

"...uno de los cambios, que veo en mis familiares, por ejemplo es que han aprendido a taparse la boca con el brazo cuando uno estornuda o tose y también sobre las enfermedades que causan tos y la gripe, y mi marido evita comer tanta fritura que a él le gustaba tanto. (Amapola)

"...aprendí también para mi hijo que estaba con una infección de transmisión sexual, se contagió cuando estaba en el ejército, las estudiantes se preocuparon de explicarme todo, despejarme las dudas que tenía acerca de esa enfermedad, pude cuidarlo mejor y, sobre todo, le

aconsejaron que tuviera cuidado porque podía contagiar a otras personas, si tenía relaciones sexuales. Fue una orientación total, si cometió un error ha rectificado a través de esa charla, que le dieron y de retractarse de lo anterior... (Dalia).

"...se han realizado cambios positivos relacionados con la higiene del hogar, como ven existe algunos pobladores que casi no realizan la limpieza de su vivienda, se observa la presencia de moscas, cucarachas, crían animales y el excremento está regado en el piso..." (Hortensia)

"...mi nieto aprendió a lavarse las manos, sobre todo, hay que tener cuidado con los alimentos, hay que cubrirlos del polvo, moscas cucarachas..." (Flor)

Las familias valoran los resultados de la preocupación de las estudiantes de enfermería, para que vayan hacia el autocuidado y se sienten motivadas a practicar lo que han recibido, a través de charlas o enseñanzas prácticas, así identifican cambios producidos en los miembros de su familia cuando se trata de enfermedades respiratorias, infecto contagiosas o relacionadas con el propio carácter o cambios de actitud frente al uso de medicamentos. También aprendieron a valorar la salud o los recursos que tienen su propia comunidad como las postas o centros médicos, todos encaminados a mejorar la situación de salud familiar.

Al respecto Rojas⁵⁷ *et al*, en su artículo *Reflexiones del estilo de vida y vigencia del autocuidado en la atención primaria en salud*, señala que el autocuidado, está dirigido a la práctica de actividades que las personas pueden hacer con arreglo a su situación temporal y por su propia cuenta, con el fin de seguir viviendo, mantener la salud y prolongarla, ya que todas las personas en un momento determinado necesitan de autocuidados, es decir, de una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Tal y conforme las madres de familia los reconocen y cuyas acciones fueron aprendidas por las participantes del

estudio en el logro de objetivos concretos: el cuidado de la salud a través de la modificación o conservación de patrones en el estilo de vida que engendren prevención.

Asimismo, las madres de familia valoran la educación impartida por las estudiantes de enfermería, la cual se constituyó en la herramienta fundamental para estimular el autocuidado en las familias. No solo fue entendida como trasmisión de conocimientos, sino también como la adopción de prácticas educativas que buscaban la autonomía de las familias en la conducción de su vida promoviendo reflexiones que condujeron a modificaciones en las actitudes y conductas, ya que las madres supieron comprender las enseñanzas las mismas fueron adaptadas a las necesidades e intereses y a los acontecimientos previos de cada una de ellas.

En este sentido, toda programación de actividades de promoción de la salud especialmente en el primer nivel de atención y la educación para la salud requiere una metodología adecuada para conseguir el fin que se propone. Para ello, se necesita capacitar a la gente hacia el cambio con la finalidad de modificar sus hábitos no saludables. Este fin no es otro que dotar a las personas de capacidad suficiente para controlar su salud. La promoción de la salud a través de la educación, pretende proporcionar las herramientas necesarias para modificar las conductas nocivas. Cada día se acentúa la necesidad de incidir sobre las conductas y actitudes de salud de las personas. Cuando la mayoría realiza una práctica errada especialmente basada en la enfermedad, la enfermera(o) contribuye aportando conocimientos y acciones de habilidades para la vida, de tal manera que participen conscientemente en estos programas de capacitación logrando mejorar su calidad de vida y la de los demás⁵⁵, tal y conforme lo expresaron las madres de familia.

2.4 Cambios en el medio ambiente comunitario

Los factores preocupantes, que determinan la salud, higiene y ambiente de la comunidad Santo Toribio de Mogrovejo, se relacionan con la carencia de agua potable, saneamiento básico, optando por comportamientos inadecuados de higiene, la contaminación de alimentos, manejo inadecuados, de residuos sólidos, presencia de vectores y contaminación del aire, todo esto se agrava por la situación de pobreza que afecta a la población. Al respecto, Zurro³⁶ manifiesta que el medio ambiente desempeña un papel fundamental en la salud de la comunidad, aunque está siendo alterada por la influencia del desarrollo industrial con el consiguiente peligro para la comunidad.

La salud ambiental es parte de la salud pública, la cual se ocupa de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental del hombre, a través del esfuerzo organizado de la comunidad. Tiene que ver con el equilibrio ecológico que ha de existir entre el hombre y su medio, que haga posible su bienestar. Además, Zurro³⁶ explica que un riesgo es la probabilidad de que una persona libre de una enfermedad concreta la desarrolle durante un periodo de tiempo. Las familias ayudadas por las estudiantes de enfermería han logrado detectar los riesgos y daños, que existen en su comunidad para orientar y educar a sus vecinos, amigos, y grupos comunitarios, acerca de los efectos adversos de los contaminantes del medio ambiente y cómo actuar para protegerse; de esta manera se trabaja por el bien común: solucionando problemas de saneamiento ambiental que afectan la salud y buscando el bienestar de todos, como se expresan en los discursos:

“...mi marido ayuda a que el sitio que nos toca de la calle esté limpio y le pide a los vecinos que también limpien. Hemos reconocido que el ambiente de nuestro pueblo está muy contaminado, hay personas que arrojan aguas sucias a la calle

y como no tenemos pistas hay mucha tierra, debemos barrer nuestro sitio, sacar la basura en bolsas (Amapola)

“...también aprendí a eliminar las moscas y cucarachas que entraban a mi casa y que tanto daño hacían y podían ensuciar hasta los alimentos igual lo explique a las vecinas (Dalia).

“...además también he aprendido acerca de la higiene del hogar a tapar bien los alimentos por la tierra que hay por acá... (Flor)

Pender⁴⁵ sostiene que el sistema de desarrollo educativo para enfermería es el más apropiado para la Promoción de salud. Las principales áreas de desarrollo educativo de enfermería para el autocuidado, que la apoyan incluyen realizar las capacidades de las personas para el ejercicio y actitudes físicas, control de la nutrición y el peso, manejar el estrés, reducir los riesgos, mantenimiento de la familia y otros sistemas de apoyo, evitar comportamientos dañinos y violentos, así como modificar los ambientes del hogar, escuela, puesto de trabajo y en la comunidad para reducir los riesgos para la salud como lo han detectado las familia del pueblo joven Santo Toribio al ver los cambios producidos a nivel ambiental.

Cobra importancia tomar en cuenta que los residuos o desechos sólidos, como la basura doméstica que afecta considerablemente la calidad del agua, el suelo y el aire, son inconvenientes para el bienestar y la salud de las familias.⁵⁶ ya que producen una serie de olores desagradables, molestos, para todos los miembros de la familia y los pobladores, y estimulan la proliferación de vectores, roedores, los cuales transportan y diseminan agentes patógenos que alteran significativamente la salud y son causantes de enfermedades infecciosas, diarreicas. Por ello los desechos sólidos se han convertido en un problema ambiental y de salud. En ese sentido es fundamental para la protección de la salud humana y el ambiente, la estimación de los riesgos a la salud debido a peligros ambientales. Un peligro significa un factor de exposición que puede afectar a la salud.

Posterior al razonamiento de los logros positivos obtenidos en la familia y la comunidad. Es necesario analizar cuán contentas y satisfechas se sienten y que nuevos retos les solicitan a las estudiantes para el futuro. Así emerge la categoría:

TERCERA CATEGORÍA: SATISFACCIÓN, AGRADECIMIENTO E IMPERATIVOS FUTUROS PARA LAS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

Existe un reconocimiento de las familias hacia las enseñanzas brindadas por las estudiantes, ellas aprecian su esfuerzo y se muestran agradecidas, han fomentado la cooperación, el apoyo mutuo y la coordinación sabiendo la mayoría adaptarse a las diferentes situaciones que tuvieron que enfrentar y ahora las propias familias se sienten responsables de ser propiciadoras del cuidado de esposo, hijos y vecinos e identifican a su hogar como el lugar donde debe fomentarse y promocionar la salud, por ello reclaman que las estudiantes las sigan visitando y aborden más temas

La evaluación de las actividades de prevención y promoción de la salud debe permitir estimar en qué medida las acciones realizadas alcanzan un resultado correcto, y nos ayudan a corregir los riesgos y problemas existentes.⁵³ El grado en que estas acciones permitan a los individuos o a las comunidades ejercer un control sobre su salud, constituye un elemento primordial en dicha evaluación. Así lo expresan las propias familias:

"...las enseñanzas fueron buenas, no solo aprendí para mí si no que también se lo comenté a mis vecinas, y todavía tengo guardados los trípticos que me dejaron las señoritas..." (Margarita).

"...que regresen pronto..." (Violeta)

"... pedimos al mismo tiempo que vengan más seguido, hay muchas necesidades, existe mucho maltrato de los esposos con sus mujeres, violaciones, de padres a sus hijas, todos duermen en un mismo cuarto, nos gustaría que nos enseñen sobre otros temas como quemaduras, atragantamiento, que hacer en caso de fiebre, porque aquí tenemos muchas mamás que son pobre y no cuentan con seguro..." (Orquídea)

Las múltiples necesidades y carencias que tienen las familias las mueven a solicitar más enseñanzas, las cuales las califican de buenas, este trabajo implica responsabilidad, compromiso sentido común creatividad y continuidad en la atención; realidad que las estudiantes no pueden ofrecer porque a un semestre académico corresponde tres o cuatro semanas de práctica y luego vuelven al trabajo comunitario con familias el próximo semestre.

La presencia de la familia en la resolución de sus problemas de salud, con direccionamiento de los estudiantes de enfermería permitió incrementar y mejorar los conocimientos que en materia de salud les proporcionaron, posibilitándoles información adecuada y formas de cuidarse para enfrentar y defenderse de los riesgos en el presente y futuro. De esta forma, contribuyeron a mejorar la calidad de vida de aquellos colectivos de familias más vulnerables.

Se trata de una tarea compleja, en la que familia, estudiantes y profesores tienen que aunar criterios, y luchar por mejorar, en la medida de lo posible, en este proceso las madres solicitan:

"...cambiar el horario para las tardes porque para nosotras las mañanas las tenemos muy ocupadas. La mayoría trabaja algunas salen a lavar ropa. Otras venden golosinas y las que se quedan en casa atienden a los niños pequeños, los llevan al colegio o se quedan a cocinar porque los otros niños estudian por las tardes y cuando llegan las señoritas con la profesora algunas veces estamos ocupadas..." (Margarita)

"...todo estuvo bien, sólo que el horario en que viene las señoritas muchas veces coincide que estoy ocupada por que tengo mi negocio de venta de abarrotes..." (Diamela)

El cuidar a la familia se convierte en un reto profesional, ya que se sale del cuidado, bien sean de hospitales o centros de salud, donde la situación muy poco se vislumbra a plena luz, y encontrarse en el mismo contexto donde vive la familia significa entrar a su mundo fenoménico, comprender su estado de salud y todo lo que les rodea, al respecto. Pender⁴⁵ explica que mientras mayor sea el compromiso con un plan

específico de acción, hay mayor probabilidad de que las conductas promotoras de salud se mantengan a través del tiempo como lo han expresado las familias.

Es necesario considerar cómo las familias de los pueblos jóvenes ordinariamente trabajan para lograr su manutención y si no es todos los días, son en días alternos, por ese motivo reclaman que los horarios sean por las tardes, situación que no es posible y no depende de las estudiantes; sin embargo se debe estudiar esta posibilidad, dado que lo solicitan las mismas madres de familia y la apertura de ellas para el aprendizaje será mayor. No cabe duda que la atención domiciliaria será el futuro de gran parte de la profesión, siempre y cuando las enfermeras se den a conocer con una atención de calidad.

Por otro lado, aparte de evaluarse y reclamar mejoras en los horarios las familias expresan:

"...me hubiera gustado que nos hablen sobre como la familia nos debe de tratar cuando estamos con enfermedades fastidiosas como la artritis y la artrosis, para que ellos nos entiendan que uno no inventa cosas sino que el dolor nos pone de mal genio. También deben hacer que la familia escuche las charlas por lo demás todo me gustó y les doy las gracias con cariño..." (Chavelita)

"...pienso que hay tantas enfermedades sobre todo como vivimos en la pobreza y no hay pistas deberían hablarnos más sobre otros temas como enfermedades de la respiración, las gripes, bronquios, la tos y también los padecimientos del riñón. Nos sentimos como alumnas y por eso estamos listas para que nos enseñen pero eso sí bien despacito..." (Rosa)

"...me gustaría que hablaran de otros temas sobre cómo cuidar a los niños cuando sufren de los bronquios, porque aquí hay mucha tierra., qué hacer en caso de quemaduras..." (Flor)

Lo que más tenemos en nuestra comunidad son enfermedades del estómago, tos y la gripe y por eso es que me gustaría que nos orienten sobre cómo evitar estas enfermedades, pues es muy difícil ya que hay mucha tierra y basura a la calle..." (Dalia)

“...también deberían darnos charlas sobre los cuidados que la embarazada debe tener en cuenta para cuidar sus pensamientos, mejorar su conducta, porque por mi mala cabeza mi marido me dejó y luego me comprometí nuevamente para que me ayudara, pero se amistó con su esposa, y se fue...” (Azucena)

Según Pender⁴⁵ las familias saludables apoyan a los estilos de vida sana. Porello es de suma importancia la participación de enfermería en el ámbito de la salud familiar, puesto que son los llamados a brindar cuidados en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se presentan especialmente en las familias de los pueblos jóvenes. Las estudiantes han logrado encontrar las potencialidades internas de las familias, por ello han buscado reorientar su utilización o la identificación de los recursos externos que se encaminen a solucionar sus necesidades. Cuando se aborda a la familia en procesos preventivos, promocionales y de rehabilitación, estamos brindando cuidado de enfermería y estamos dando cumplimiento al sueño de Florence Nightingale que se evidencia en la satisfacción de las mismas:

“...muchas estamos contentas y agradecidas a mis amigas les gustaba las charlas...” (Dalia)

“...que prestan un buen servicio, que aman a su carrera y creo que esas estudiantes que vienen a visitarnos tienen un buen futuro...” (Violeta)

Cuando la salud se ve dentro de un modelo positivo, se puede desarrollar estrategias concentradas en el fortalecimiento de recursos, tanto como la disminución de riesgos negativos, así lo manifestaron las madres de familia hacia las estudiantes de enfermería, teniendo como resultado los buenos deseos y la complacencia de lo recibido. En este sentido, la calificación de la prevención y promoción de la salud es necesaria para la puesta en marcha de medidas correctoras. Zurro³⁶ en la apreciación de los resultados hay que tener en cuenta tres aspectos: la eficacia, que analiza las consecuencias del programa en el conjunto de la población a la que estaba

dirigido, la efectividad que mide los efectos del programa sobre los individuos a los que se ha aplicado realmente la intervención y la eficiencia que valora las relación entre los objetivos alcanzados y los recursos utilizados.

Los familias que apoyan el cambio abogan por un enfoque proactivo hacia la salud que incluye al incremento de fuerzas y recursos y parabienes futuros para las estudiantes de enfermería.

CONSIDERACIONES FINALES

Las percepciones de las familias sobre el cuidado brindado por las estudiantes de enfermería son halagadoras, positivas, valorados y requeridas para el futuro, porque razonan que existe variedad de desconocimiento con respecto al cuidado de la salud personal familiar y comunitario.

Las familias del pueblo joven Santo Toribio al entrar en contacto con las estudiantes de enfermería las aprecian como personas interesadas, en encontrar soluciones a sus problemas de salud, y especialmente con las necesidades de cuidado en el ámbito familiar. Para ello, las madres de familia discernen y son conscientes que las estudiantes se han acercado, entrando en contacto a través de una relación respetuosa, valoran que la enseñanza aprendizaje impartida es dinámica, entendible, existiendo en ellas corresponsabilidad, manifestado en la conformidad al ser intervenidas por las estudiantes de enfermería, en aspectos de prevención y promoción de la salud a través de la educación.

Sin embargo, en el proceso de enseñanza aprendizaje participativo, las familias hicieron críticas negativas a manera de reproches al observar la inseguridad de las estudiantes, propio de quien está en proceso de formación. A pesar de ello, las familias siempre expresaron que las estudiantes de enfermería incluyen en su práctica, actividades que protegen la dignidad de ellas, así como conocimientos y sensibilidad hacia todos sus problemas que presentan, donde muestran detalles de respeto, trato amable. Además cuentan con material didáctico asequible, de tal manera que de forma sencilla y gráfica brindaban educación en salud, acerca de nutrición, hipertensión arterial y prácticas de lavado de manos, e higiene en general.

Las familias del pueblo joven Santo Toribio de Mogrovejo han afirmado que las enseñanzas desplegadas por las estudiantes de enfermería han producido cambios positivos en sus estilos de vida entre los que se incluyen el cambio con enfoque ecológico, en el cual han intervenido factores interpersonales, la influencia comunitaria, especialmente en usar los recursos institucionales como los centros de salud.

Por otro lado, el deseo de proteger la salud y de evitar la enfermedad ha producido cambios a nivel personal especialmente en la prevención del cáncer de mama a través del autoexamen; en evitar el consumo excesivo de frituras y optar más por el ejercicio; teniendo como aliado a la educación en salud. Igualmente en relación al cambio del medio ambiente comunitario las madres expresaron que las estudiantes han logrado orientarlas y educarlas sobre los efectos adversos que produce la contaminación del medio ambiente, tratando de solucionar problemas y cómo actuar para protegerlo. Además, entre otros cambios percibidos por las familias están los relacionados con la higiene del hogar, evitando la presencia de insectos y roedores.

Por último, las familias aprecian con satisfacción y agradecimiento todo lo que las enseñanzas de los cuidados que tienen que llevar a cabo a corto, mediano y largo plazo fueron buenas, por ello les piden que lleguen más seguido porque quieren aprender más sobre otros problemas de salud que les afecta o los tienen sus familiares; por eso solicitan que cambien el horario para que haya mayor asistencia de madres y retan a las estudiantes a continuar creciendo, que amen su carrera y les vaticinan un buen futuro, propio de madres que se sienten acogidas y amadas.

RECOMENDACIONES

A la Escuela de enfermería de la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo.

Que el horario de las prácticas comunitarias se realicen por las tardes con la finalidad de beneficiar a las familias del pueblo joven Santo Toribio de Mogrovejo para promover en ellos el empoderamiento de acciones relacionadas con el bienestar de su salud, pues ellos solicitan la ayuda y presencia de las estudiantes de enfermería.

Acrecentar las prácticas comunitarias para profundizar y contribuir a la solución de los problemas de las familias

Organizar material didáctico y educativo propio y dirigido para madres de familia

Organizar talleres de *couching* para las estudiantes, con la finalidad que les fortalezca en seguridad y autoestima en su acción educativa

A los Docentes de la Escuela de enfermería.

Articular teoría y práctica en el autocuidado dirigido a madres de familia de una comunidad.

Fortalezcan las metodologías de enseñanza, de tal forma que sean punto de referencia para las estudiantes de enfermería.

Asesorar debidamente a las estudiantes en los campos de práctica comunitaria y en el autoconocimiento personal.

A las estudiantes de enfermería

Saber conocerse para dirigir la conducta con ética al cuidar a las madres de familia cuya condición merece todo respeto por ser persona y tener derecho a que le atienda integralmente.

Saber organizar tiempos y horarios de práctica comunitaria.

No ofrecer lo que no se puede cumplir especialmente a las madres de familia de una comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. SANTOS, G *et al.* *Percepción de los estudiantes de ciencias de la salud acerca de su formación en promoción de la salud.*An. Fac. med., dic. 2009, vol.70, no.4, p.277-282.
2. BETANCUR, S, *Proceso Enseñanza-Aprendizaje y Satisfacción de Estudiantes y Docentes del Programa de enfermería de la Universidad de Caldas con las Prácticas Clínicas Y Comunitarias :* Colombia,2008.
3. YEPES, R, *et al* *Fundamentos de antropología un ideal de la excelencia humana.* 3era edición Eunsa Ediciones Universidad de Navarra . S.A Pamplona, 2001
4. BAUTISTA, R, *Percepción de la calidad del Cuidado en Enfermería en la Empresa Social del Estado Francisco de Paula Santander,* de Cúcuta, Colombia 2008. Aquichán vol.8 no.1 Bogotá Jan.June 2008
5. SEMIM GM, Souza MCBM, Corrêa AK. *Professor como facilitador do processo ensino-aprendizagem: visão do estudante de enfermagem.* RevGaúchaEnferm. 2009; 30(3): 484-91.
6. ALEMÁN, *et al* *La familia y su papel en los problemas de promoción y prevención de salud bucal.* Revista Cubana de Estomatología, 2007
7. DÍAZ, R *et al* *Enfermería Familia y Persona con cáncer terminal, del cuidado hospitalario al cuidado en el hogar.*1° Ed. Editora Gráfica Emmanuel. Lima, 2011
8. HERNÁNDEZ, *et al.* *La percepción del cuidado en profesionales de Enfermería* Cuba 2008

9. RAFAELE, J. *Percepción del estudiante de enfermería de la UNMSM sobre el cuidado de la enfermera en la comunidad*. Perú 2009.
10. LAGARES, E. *Percepción de las Actividades de Enfermería en Atención Primaria* Universidad de Sevilla 2008
11. GÓMEZ, O, et al. *Percepción de cuidado en estudiantes de enfermería*; Colombia 2008.
12. MATAMOROS, K, et al *Percepción de los usuarios y usuarias sobre el quehacer de enfermería en el primer nivel de atención*. Costa Rica 2007
13. MATLIN, Margaret W; Foley, Hugh J. *Sensación y percepción*. 4° edición. México DF. Prentice Hall, 1996.
14. KING, Imogene. *Enfermería como profesión, filosofía, principios y objetivos*. Edit Limusa. México, 1984
15. MINSA. *Guía de implementación de programa de familias y viviendas*. Perú, 2006
16. MINSA. *Lineamientos de política sectorial para el periodo 2002 – 2012*. Perú, 2001
17. TOMAS, I, et al *Orientación familiar en atención primaria*. Springer-Verlag Ibérica Barcelona 1998
18. BUSTAMANTE S. *Enfermería familiar; Principios de Cuidado a partir del saber in común de las familias*. Trujillo-Perú; Facultad de Enfermería-UNT: 2004
19. PRADO M, Salud y globalización: *Retos Futuros para el cuidado de Enfermería*. Invest Educ Enferm 2004.

20. LARSON, K, *The concepts of caring in story from three nursing paradigms, international journal of Human Caring* 2000 Summer 2000. 4(2): 26-31. Los conceptos de Cuidado e Historia Según Tres Paradigmas de Enfermería. Traducido por Edilma de Reales, Profesora Honoraria, Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia, 2001.
21. LEININGER, M. citado por, Marriner, Ann. Modelos y Teorías de Enfermería. Editorial Mosby; España 2003. Pág 44.
22. PENDER, N, citado por, Marriner, Ann. Modelos y Teorías de Enfermería. Editorial Mosby; España 2003
23. HERNÁNDEZ, R y Co. *Metodología de las Investigación*. 4^a edición.: Mc- Graw- Hill Interamericana Editores, S.A de C.V. México 2006.
24. DENZIN y Lincoln, citado por Rodríguez Gómez Gregorio, en *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Ediciones Aljibe S. L, Málaga 1996.
25. MINAYO, M. *Investigación social. Teoría, método y creatividad*. Editorial Argentina: Buenos Aires. 2003.
26. DENISE y Hungler, Bernadette. *Investigación Científica en Ciencias de la Salud* E. 6^{ta} .Ed. MC Graw-Hill Interamericana. México, 2002
27. POLIT,D. *Investigación científica en ciencias de la salud*. 6^a edición. Ed MC. Granl Hill- Interamericana México 2004.
28. GIL, A. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 3^a edición.; Atlas; Sao Paulo 1991.
29. LUDKE, Menga, Andre, Marli, E; D: A: *A Pesquisa em educacao: abirdagens qualitativas* 30. Reimp, EPU,Sao Paulo, 1988.

30. LOAYZA, B, Muro I; Vega A; Zapata A; Equipo 8 ciclo sección A; Gestión de la Salud para el desarrollo Comunitario: Construyendo una Comunidad saludable. Junio 2007- Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.
31. RODRÍGUEZ G, et al *Métodos de investigación cualitativa*. Aljibe 1996.
32. BURNS, N.Grove S. *Investigación en Enfermería* 3era Edición Madrid-Barcelona.2011
33. DOMINGUES, T. Tanaka. *La Organizacao e a analise de dados na pesquisa qualitativa. Em.matteusM, Fustinone S. pesquisa qualitativaem enfermagem*.1era ed. EditoraLivania medica paulista. Sao Paulo; 2006.
34. SGRECIA, E, Bioética Personalista: *Principios y Orientaciones*. I Congreso Internacional de Bioética Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo-Perú, 14-16 octubre del 2008.
35. MORSE, J, *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Universidad de Antioquia. Colombia, 2003.
36. ZURRO, A et al, *Atención Familiar y Salud Comunitaria* .Elsevier España 2011
37. PÉREZ, B, *El Cuidado de Enfermería en familia: Un reto para el siglo XXI*. Aquichán, Octubre, año/ vol. 2, número 002. Universidad de la Sabana Chía Colombia,2009 pp 24-26
38. GOLDEMBERG, D, S, *La Familia un Paciente Olvidado*. Revista Rol de Enfermería, 223: 25-30, Colombia 1997.
39. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

40. Caldera, J, Carta de la OEA. Declaración americana de derechos y deberes del hombre. Declaración universal de los derechos humanos: 60 años (1948-2008) / ed. Caracas: Universidad Monteávila, 2008.
41. Enfermería y salud de la Comunidad. Informe de un Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1974
42. WALDOW, R, Cuidar: *Expressão humanizadora da Enfermagem/Vera Reina*. Petrópolis, RJ: Vozes, Sao Paulo, 2004.
43. PENDER, N. Murdaugh, C., & Parsons, M.A. Health promotion in nursing practice. 6th edition. UpperSaddleRiver, NJ: Pearson/Prentice-Hall, 2010
44. SILVA, C, *et al* Praxis educative em saúde dos enfermeiros da Estratégia saúde da família. Cienc Saúde Coletiva. Sao Paulo 2009; 14 Supl1: 1453-62.
45. ZERWEKH, Joyce *v Making the connection during home visit; Narratives of expert nurses*, Vol. 1 N° 1, Philadelphia1997.
46. OLIVELL- Fernández *et al* *La Adherencia al autocuidado en personas con enfermedad Cardiovascular, Abordaje desde el Modelo de Orem* -Vol 12 N° 1 Colombia, 2012
47. REYES, G, *et al* *¿Cómo hacer más efectiva la educación en salud en la atención primaria?* Cuba Med gen Integr. 1999, 15 (2): 176-183.
48. BERNARDO M, *et al* *El vínculo educación-comunicación en la formación integral de los profesionales de la Salud* . Cuba 2004.

49. HERNÁNDEZ, R. *El Modelo constructivista con las nuevas tecnologías aplicado en el proceso de aprendizaje*. Revista de Universidad y sociedad del Conocimiento. España, 2008
50. CASASAS et al *Innovación de la Enseñanza para la Formación de Recursos de Enfermería Familiar y Comunitaria*. Mexico, 2010
51. ESPINOZA V., Maritza; SANHUEZA A., Olivia. Miedo a la muerte y su relación con la inteligencia emocional de estudiantes de enfermería de Concepción. *Actapaul. enferm.*, São Paulo, v. 25, n. 4, 2012. [Consultado 10 febrero del 2013"]. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400020&lng=en&nrm=iso>. accesson 17 Sept. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000400020>.
52. MAYER JD, Roberts RD, Bersade SG. *Human abilities: emotional intelligence*. *Annu Rev Psychol*. 2008;59:507-36. Sao Paulo, 2012.
53. DI PRIETO M *Bioética Educación y Familia*. Primera Edición Chile. Ediciones Universidad Católica de Chile. 2012
54. PEPLAU.H. *Interpersonal relation in nursing New York.Gp Putnam Sons, 1952: 44-47. Citado por; Marriner A, R, Modelos y Teorías de Enfermería* 4ta Ed. HarcurtBrace, Madrid, 1999. 335-350
55. MINSA *Modelo de Abordaje de Promoción de la salud en el Perú*. Perú 2006
56. MINSA. *Modelo de abordaje de Promoción de la Salud: Higiene y Medio Ambiente Saludable*. Documento Técnico. Perú 2006
57. ROJAS, J et al *Reflexiones del estilo de vida y vigencia del autocuidado en la atención primaria de salud*.Cuba, 2007

ANEXOS

ANEXO N° 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO:.....de.....años de edad, identificado (a) con DNI..... declaro que habiendo sido invitado a participar en un proyecto de investigación sobre *Percepción de las familias respecto al cuidado que brindan las estudiantes de Enfermería Chiclayo- Perú 2011*, y siendo informado de forma clara, precisa sobre mi participación confío en que:

- Los datos obtenidos serán tratados y analizados considerando mi intimidad y de acuerdo a los principios éticos que rigen toda investigación.
- Pueden suspender mi colaboración en cualquier momento. No se me tratará en forma diferencial si decido no participar o detener mi colaboración. Descripción de la Participación:
- La entrevista será grabada en audio.
- Las grabaciones serán analizadas por la autora.
- No existen riesgos relacionados con esta investigación.
- Formando ello en consideración, OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA LA PRESENTE ENTREVISTA.

Chiclayo, diciembre de 2011

Firma del Participante

Firma de la investigadora

ANEXO N° 02

**CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO DIRIGIDO A LA FAMILIA DEL
PUEBLO JOVEN SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**

INSTRUCCIONES:

El presente instrumento de recolección de datos tiene como objetivo obtener información relevante sobre los datos sociodemográficos de los integrantes de la familia de la comunidad Santo Toribio de Mogrovejo. Información que será manejada bajo criterios de confidencialidad.

1. DATOS PERSONALES:

1.1.- SEXO: Masculino Femenino

1.2.- EDAD:

17-21 años 22-26 años 27-31 años 32 a más

1.3.- ESTADO CIVIL:

Soltera Casada Conviviente Viuda

1.4.- PROCEDENCIA

Costa Sierra Selva

1.5.- GRADO DE INSTRUCCIÓN

Primaria completa Secundaria incompleta

Secundaria completa Otros

1.6.- ¿CON QUIEN VIVE?

Solo Esposo Esposo e hijos Esposo, hijos y otros

ANEXO N°3

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DIRIGIDA A LAS FAMILIAS DEL PUEBLO JOVEN SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

1.- INSTRUCCIÓN:

El presente instrumento de recolección de datos tiene como objetivo obtener información relevante sobre *Percepción de las familias respecto al cuidado que brindan las estudiantes de Enfermería – Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo* información que será manejada bajo criterio de confidencialidad.

2.- PREGUNTAS ORIENTADORAS:

1. ¿Qué opina acerca del cuidado que realiza la estudiante de enfermería de la USAT?
2. ¿Qué cambios se han producido en su familia a partir de los cuidados que brindaron la estudiante de enfermería?
3. ¿Qué fue lo que más le gustó de los cuidados realizados por las estudiantes de enfermería?
4. ¿Qué fue lo que más le disgustó de los cuidados realizados por las estudiantes de enfermería?
5. Desea agregar algo más.

Muchas gracias

Resultado del cuestionario sociodemográfico

Datos Personales		%
Sexo	Femenino	25
	Masculino	75
Edad :	17 a 21 años	17
	22 a 26 años	
	27 a 31 años	83
	32 a más	
Estado Civil.	Soltero	25
	Casado	42
	Conviviente	25
	Viudo.	8
Procedencia:	Costa	67
	Sierra	25
	Selva	8
Grado de Instrucción	Primaria Completa.	17
	Secundaria Completa	25
	Secundaria Incompleta	25
	Otros.	33
Con quién Vive	Solo	25
	Esposo	25
	Esposo e Hijos	50
	Esposo e hijos y otros.	