

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



CUIDADO DE ENFERMERÍA DESDE LA PERCEPCIÓN
DEL PACIENTE Y FAMILIA SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA, 2018

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN: ENFERMERÍA EN
CUIDADOS CRÍTICOS EMERGENCIA Y DESASTRES.

AUTORA: LIC. ENF. MARÍA JULIA HUATAY SOTO
ASESORA: DRA. YRENE YUPANQUI VÁSQUEZ

CAJAMARCA - PERÚ

2019

© copyright

MARÍA JULIA HUATAY SOTO

Todos los Derechos Reservados

FICHA CATALOGRÁFICA

MARÍA JULIA HUATAY SOTO, 2018.

CUIDADO DE ENFERMERÍA DESDE LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE Y FAMILIA SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA, 2018.

TESIS DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA, 2018.

Escuela Académico Profesional de Enfermería

Asesora: Dra. Yrene Yupanqui Vásquez. Docente Principal de la Universidad Nacional de Cajamarca.

**CUIDADO DE ENFERMERÍA DESDE LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE Y
FAMILIA SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
CAJAMARCA, 2018**

AUTORA: LIC. ENF. MARÍA JULIA HUATAY SOTO

ASESORA: DRA. YRENE YUPANQUI VÁSQUEZ

Tesis aprobada por los siguientes miembros:

JURADO EVALUADOR

.....

Dra. Juana Aurelia Ninatanta Ortiz

Presidenta

.....

M.Cs. Delia Rosa Yturbe Pajares

Secretaria

.....

M.Cs. Petronila Bringas Durán

Vocal



Universidad Nacional de Cajamarca
 Fundada por Ley 14015 del 13 de Febrero de 1962
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
 Av. Atahualpa 1050 – Pabellón 11 – 101 Teléfono N° 076-509138



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS, EMERGENCIA Y DESASTRES

En Cajamarca, siendo las 9:00 am del día 27 de agosto del 2019, los integrantes del Jurado Evaluador, designados por Consejo de Facultad a propuesta de la Directora de Segunda Especialidad Profesional en Salud, reunidos en el ambiente: Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación del Trabajo de Investigación Titulado:

Cuidado de Enfermería desde la percepción del paciente y familia
Servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente Cajamarca
2018

Desarrollado por el (la) Lic. Enf. María Jelin Huatay Soto

Concluida la sustentación y Realizadas las deliberaciones de estilo, se obtuvo el promedio final de:

Diecisiete (17)

Por lo tanto el jurado acuerda la aprobación del (la) mencionado (a) profesional. Encontrándose APTO (A) para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional en Enfermería en CUIDADOS CRÍTICOS, EMERGENCIA Y DESASTRES.

	MIEMBROS DE JURADO EVALUADOR NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
Presidente	Dra. Juana Aurelia Ninatauta Ortiz	
Secretario (a)	H. CS. Delia Rosa Starke Pajares	
Vocal	H. CS. Petronila Brings Duran	
Asesor (a)	Dra. Carmen Irene Yunguini Vázquez	

DEDICATORIA

A mis padres, a mis hermanas, por su apoyo, comprensión y aliento, que hacen que ame la vida y la profesión que elegí.

A mi esposo que siempre me brindó su apoyo incondicional y amor cotidiano, a mis hijos por ser los inspiradores para seguir superándome.

María Julia

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme fortaleza en las adversidades y ser mi guía en la realización en este trabajo.

A mi asesora, Dra. Yrene Yupanqui Vásquez por los conocimientos, tiempo y dedicación brindados para poder culminar el presente trabajo de investigación.

A la Escuela Académico Profesional de Enfermería, Segunda Especialidad Profesional, a las docentes que siempre me incentivaron a seguir adelante.

A los pacientes y familiares del Servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente Cajamarca por su participación en el presente estudio.

María Julia

INDICE DE CONTENIDOS

INDICE	Pág.
PORTADA	
FICHA CATALOGRÁFICA.....	I
HOJA DE JURADO EVALUADOR.....	II
DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
INDICE DE CONTENIDOS.....	V
RESUMEN.....	VII
ABSTRACT.....	VIII
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	
1.1. Presentación del problema de investigación.....	1
1.2. Pregunta orientadora.....	3
1.3. Objeto de estudio.....	3
1.4. Objetivo.....	4
1.4. Justificación y/o relevancia del estudio.....	4
CAPÍTULO II: REFERENCIAL TEÓRICO Y EMPÍRICO	
2.1. Referentes teóricos.....	5
2.1.1. La necesidad del Cuidado.....	5
2.1.2. El Cuidado de Enfermería.....	7
2.1.3. Cuidado de Enfermería en Emergencia.....	9
2.1.4. Percepción	10
2.2. Referencial empírico.....	12

CAPÍTULO III: ABORDAJE METODOLÓGICO

3.1. Tipo de estudio.....	15
3.2. Área de estudio.....	15
3.3. Sujetos del estudio.....	17
3.4. Escenario de estudio.....	18
3.5. Técnica e instrumentos de recolección de la información.....	19
3.6. Interpretación y análisis de la información.....	21
3.7. Rigor científico en el estudio.....	22
3.8. Consideraciones éticas del estudio.....	23

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Percepción de los pacientes sobre el cuidado de Enfermería en Emergencia.....	24
4.2. Percepción de los familiares sobre el cuidado de Enfermería en Emergencia.....	30
CONSIDERACIONES FINALES.....	37
RECOMENDACIONES	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXOS:	
Consentimiento Informado.....	43
Cuestionario Semiestructurado para Pacientes.....	44
Cuestionario Semiestructurado para Familiares.....	45

RESUMEN

Autor¹:
Asesora²:

CUIDADO DE ENFERMERÍA DESDE LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE Y FAMILIA SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA, 2018

El presente estudio titulado: Cuidado de Enfermería desde la Percepción del Paciente y Familia Servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente Cajamarca, 2018, tuvo como objetivo: Describir y analizar la percepción del paciente y familia sobre el cuidado de enfermería en el mencionado servicio. Tuvo un abordaje cualitativo, la población estuvo constituida por 9 pacientes y 9 familiares, para la recolección de información se ha utilizado la entrevista en profundidad y se ha tenido en cuenta el análisis de contenido. Han emergido las siguientes categorías: Enfermería y el cuidado humano en emergencia que fue desdoblado en 03 subcategorías: 1) Cuidado de enfermería: amabilidad y calidez con el paciente. 2) La información como elemento del cuidado de enfermería. 3) La preocupación como señal de cuidado de enfermería. La segunda categoría relacionada con los discursos de los familiares donde la primera categoría fue cuidado de enfermería diferentes percepciones un mismo sentir, con las siguientes subcategorías: 1) El cuidado de enfermería preocupación y amabilidad. 2) La otra del cuidado de enfermería. 3) El cuidado limitado por el tiempo y número de pacientes. 4) La información a la familia pieza clave del cuidado.

Palabras Claves: paciente, familia, percepción, cuidado de enfermería.

¹ María Julia Huatay Soto, Lic. En Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Nacional de Cajamarca.

² Carmen Yrene Yupanqui Vásquez, Docente Principal Universidad Nacional de Cajamarca, Doctora en Ciencias de Enfermería.

ABSTRACT

NURSING CARE FROM THE PERCEPTION OF THE PATIENT AND FAMILY EMERGENCY SERVICE OF THE REGIONAL HOSPITAL DOCENTE CAJAMARCA, 2018

The present study entitled: Nursing Care from the Perception of the Patient and Family Emergency Service of the Cajamarca Regional Teaching Hospital, 2018, aimed to: Describe and analyze the perception of the patient and family about nursing care in the mentioned service. It had a qualitative approach, the population consisted of 9 patients and 9 relatives, for the collection of information the in-depth interview was used and the content analysis was taken into account.

The following categories have emerged: Emergency human care that was split into 03 subcategories: 1) Nursing care: kindness and warmth with the patient. 2) Information as an element of nursing care. 3) Concern as a sign of nursing care. The second category related to the speeches of relatives where the first category was nursing care different perceptions the same feeling, with the following subcategories: 1) Nursing care concern and kindness. 2) The other nursing care. 3) The care limited by the time and number of patients. 4) Information to the family key piece of care.

Keywords: patient, family, perception, nursing care.

¹ María Julia Huatay Soto, Lic. En Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Cajamarca.

² Carmen Yrene Yupanqui Vásquez, Docente Principal Universidad Nacional de Cajamarca, Doctora en Ciencias de Enfermería.

CAPÍTULO I

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Presentación del Problema de Investigación

En el Servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente Cajamarca, se presentan diversas situaciones de riesgo de vida de las personas, es alta la afluencia de personas con todo tipo de traumatismos o afecciones graves, es aquí, donde el equipo de salud tiene que actuar de manera rápida y oportuna para salvaguardar la vida del usuario. Como enfermera asistencial en este servicio hospitalario, se ha tenido la oportunidad de observar las actitudes y comportamientos de los usuarios que llegan a solicitar atención médica, así como de su familia, que siente angustia y en ocasiones desesperación frente al riesgo de vida de su familiar, a la par del estrés que siente el/la enfermero/a al brindar el cuidado, por la gravedad de las lesiones o enfermedad, o el alto número de pacientes.

En casos de accidentes de tránsito que son los más comunes, todas las personas son atendidos de acuerdo a la prioridad de la lesión, es entendible la preocupación de los familiares que usualmente no controlan sus actitudes y se muestran inquietos, solicitan información del estado de salud de su familiar, a pesar de la explicación que el médico le brinda sobre el estado del paciente y las normas del servicio como el ingreso restringido de personas ajenas al servicio, no comprenden la necesidad de calma; en una oportunidad agredieron al vigilante, y al médico de turno, es frecuente el colapso del servicio cuando es tan alto el número de pacientes, no solo poli traumatizados, sino víctimas de eventos de salud graves a quienes se debe atender inmediatamente, (Insuficiencia Respiratoria Aguda, Diabetes Mellitus descompensada, dolor precordial, Crisis hipertensiva, etc.)

En cuanto al estado emocional del paciente consciente al momento del ingreso al servicio se ha observado falta de control, desesperación, ansiedad, estas reacciones pueden relacionarse con su estado de salud, desconocimiento de su enfermedad y su estancia hospitalaria. Cuando el paciente se encuentra estabilizado pasa a los diferentes tópicos dependiendo de su patología, siendo atendido por el equipo multidisciplinario del hospital (medicina interna, cardiología, gastroenterología, neurología, neurocirugía, nefrología, traumatología y psicología entre otros).

El dolor intenso es el síntoma cardinal más común, es apremiante y exigen atención médica rápida y administración de analgésicos potentes, esta situación se convierte en una prioridad para el afectado, la familia y para el equipo de salud, y una vez que se ha logrado controlar el dolor, vuelve la tranquilidad y la familia se siente agradecida y más serena.

El Servicio de Emergencia a pesar de ser relativamente nuevo, es insuficiente para brindar cuidado a todos los pacientes que necesitan atención de emergencia, no sólo de la Ciudad de Cajamarca sino también de otras provincias, se necesita más espacio en los ambientes, materiales, equipos, el stock de insumos resulta insuficiente, se requiere personal calificado no sólo de enfermería, el no contar con lo necesario genera sentimientos de impotencia, frustración y de tristeza en el personal. Aun así, frente a las carencias tanto materiales como de personal se trata de brindar un cuidado humanizado a nuestros pacientes como a los familiares, realizando una atención rápida, oportuna y eficaz para salvaguardar la vida del paciente, se busca como enfermeros brindar cuidado tanto a su afección física como también velar por sus emociones, experiencias y vivencias considerando al paciente como un ser multidimensional. A través de la observación cuidadosa durante la valoración del paciente, los enfermeros deben identificar sus necesidades especialmente las fisiológicas como oxigenación, descanso, homeostasis y alimentación.

Waldow, R. refiere que el sentido de enfermería es el paciente por lo que no es posible percibirlo exclusivamente desde el punto de vista biológico, sino como un ser biopsicosocial y como tal el cuidado que se brinde incluye satisfacer su necesidad de afecto, comprensión, dándole seguridad y confianza (1).

La atención de pacientes pediátricos en el servicio, generalmente se observa una desesperación de los padres y familiares, quienes piden permanecer junto a sus hijos, exigen una evaluación, diagnóstico y tratamiento rápido y cuando tardan los resultados del laboratorio ellos optan por el alta voluntaria, pero, frecuentemente en pocas horas reingresan con su paciente en situaciones más críticas. En algunos casos los familiares se niegan o tardan en firmar el consentimiento informado para procedimientos (punción lumbar, catéter venoso central, intubación endotraqueal, transfusión sanguínea etc.), retrasando el trabajo de la enfermera.

En el caso de los pacientes adultos y adultos mayores, la situación es diferente ya que no se permite la compañía de algún familiar durante su estancia excepto en pacientes con

menos de 14 puntos en la Escala de Glasgow; se ha observado la angustia de los enfermos cuando se sienten mejor solicitan su alta incluso de forma airada firmando su alta voluntaria a pesar de la explicación del personal aduciendo que deben ir a trabajar, sus ocupaciones de casa o el cuidado de los hijos pequeños. Los familiares igualmente se muestran sumamente preocupados y solicitan la presencia del médico en todo momento, así como de la enfermera, preguntan por cada medicamento administrado, procedimiento realizado que su familiar enfermo está recibiendo, etc.

El brindar cuidado a pacientes que proceden de la zona rural, implica tratar con personas con creencias a veces inadecuadas sobre la enfermedad del paciente, nuestro acercamiento debe ser lento, respetuoso de sus costumbres y hábitos de conducta. Marriner al respecto refiere que la enfermera se remite a un cuidado que se basa en la cultura de la persona que recibe el acto de cuidar, de ahí que el cuidado será siempre único y diverso en cada paciente; ya que se desarrollan en diversas etapas de vida y de culturas distintas (2).

Las reacciones del paciente y la familia frente a la emergencia depende de muchos factores, personales, profesionales, institucionales; de otro lado el/la enfermero/a, es quien permanece las 24 horas del día con el paciente y la familia en el servicio de emergencia y en la unidad de observación, antes que el médico determine el alta, o en el peor de los casos la hospitalización, por tanto es importante conocer la percepción del paciente y de la familia, sobre el cuidado que brinda el profesional de enfermería en el Servicio de Emergencia ya que se conoce que el cuidado son las acciones que realiza la enfermera y que tienen como finalidad tratar de resolver problemas que se interponen o influyen en la calidad de vida de las personas.

1.2. Pregunta orientadora

¿Cómo es el cuidado de enfermería desde la percepción del paciente y familia en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente Cajamarca, 2018?

1.3. Objeto de estudio

El cuidado de enfermería desde la percepción del paciente y familia.

1.4. Objetivo

Describir y analizar la percepción del paciente y familia sobre el cuidado de enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente Cajamarca, 2018.

1.5. Justificación

La presente investigación se plantea porque en la actualidad la carrera de enfermería busca brindar un cuidado más humano, en especial en aquellos servicios críticos de alta demanda como Emergencia donde el personal debe atender a muchos pacientes de diferente gravedad y por tanto suele priorizar el aspecto físico en su intento de salvar la vida del lesionado, sin embargo, debemos reconocer que el paciente es un ser multidimensional y el aspecto objetivo como el subjetivo son igualmente importantes; por tanto es necesario socializar con el personal de salud buscando sensibilizar a los trabajadores en el cuidado humano que se debe brindar tanto al paciente como a los familiares.

Con los resultados del estudio se busca que los/las enfermeros/as conozcan y comprenda la percepción del paciente y familia sobre el cuidado que brinda en un servicio crítico como emergencia, haciendo hincapié en el aspecto subjetivo de las personas, asumiendo al paciente y familia como ser multidimensional con derechos y primordialmente como objeto del cuidado de enfermería.

Los hallazgos de la investigación son importantes para los pacientes del servicio y sus familiares, porque a través de sus discursos, el personal de salud y en especial los enfermeros pueden conocer su sentir, el mismo que muchas veces callan o se comentan en voz baja ya sea por temor o vergüenza. Si consideramos a enfermería como una disciplina, donde el eje es la investigación, este estudio puede servir para futuras investigaciones referentes al tema.

La relevancia del estudio radica en que los resultados pueden promover cambiar el paradigma biomédico en la atención de salud que brindan los profesionales de enfermería, y en la formación de los estudiantes de pregrado y de segunda especialidad, incluyendo en el desarrollo de los contenidos teóricos y prácticos el aspecto subjetivo de las personas de cualquier edad y en toda afección crónica o aguda; alejándonos del fraccionamiento del paciente y del poder de la tecnología.

CAPÍTULO II

II. REFERENCIAL TEÓRICO Y EMPÍRICO

2.1. REFERENTES TEÓRICOS

2.1.1. La necesidad del cuidado

El cuidado es un fenómeno que se presenta y es necesario en varias fases del desarrollo del ser humano. No obstante, hay algunas fases y circunstancias en las que el cuidado es más necesario y entre ellas podemos mencionar: el nacimiento, la adolescencia, la pérdida de un ser querido, un accidente, una dolencia, la vejez, la muerte, entre las más contundentes. La condición de vulnerabilidad convoca el cuidado (3).

El cuidado es una categoría que se presenta de alguna manera, pero con muchos equívocos en su aplicación y su conocimiento. En verdad, el conocimiento sobre el cuidado, en verbo o sustantivo, no había sido de interés de muchos estudios. Recientemente logró interés y en Enfermería, a pesar de que es entendido de una manera equivocada, está recibiendo más atención. Por lo tanto, cuidado no es un privilegio de Enfermería, tampoco de la Medicina, pero vale resaltar que es en el cotidiano de la Enfermería lo que caracteriza la mayoría de sus acciones. El cuidado tiene un origen bastante remoto y ver que en la filosofía encuentra sus más importantes y fundamentales teorizaciones, que hoy nos pueden ayudar en el conocimiento, contribuyendo como base de sustentación para la práctica de Enfermería (3).

Mayeroff caracteriza al cuidado a través de los siguientes componentes:

Conocimiento: implica la idea que para cuidar es necesario conocer las necesidades de la persona a ser cuidada y responder a ellas apropiadamente. Conocer el qué y el cómo, de forma explícita e implícita, de forma directa e indirecta.

Ritmos alternados: comprende flexibilidad en las tentativas de buscar la mejor forma para cuidar, moverse entre esquemas estructurales más estrechos y más amplios, entre acción y reflexión. Involucra cambio de comportamiento en el sentido de ayudar a otra persona.

Paciencia: significa no esperar pasivamente y sin participar con la otra persona donándose completamente en la relación. Involucra estar presente, solidaridad, tolerancia y respeto.

Al mismo tiempo, significa paciencia consigo mismo, dándose la chance de aprender y descubrir con la otra persona y sobre sí misma.

Honestidad: consiste en un concepto positivo, que engloba apertura y confrontación consigo misma. Es buscar coherencia entre lo que se hace y siente, analizar si se está favoreciendo o impidiendo el crecimiento de la otra persona y verla como ella es y no como nos gustaría que ella fuese.

Confianza: involucra confiar en el crecimiento de la otra persona en su propio tiempo y ritmo. Dejarla ser. Excesivo cuidado denota falta de confianza. Se debe confiar en la propia capacidad para cuidar, en la capacidad para aprender de los errores, confiar en los instintos.

Humildad: involucra prontitud y deseo de aprender más sobre la otra persona y sobre sí misma. Consiste en el reconocimiento de la singularidad de la otra persona. Hay una apreciación de limitaciones y poderes que no debe ser confundida con vanidad. Hay un reconocimiento honesto y humilde de lo que se hace, sin dejar de sentir orgullo.

Esperanza: es una expresión de la plenitud del presente, un presente vivo con un sentido de posibilidades. Es una esperanza para la realización de la otra persona a través del cuidar/cuidado. Involucra coraje pues significa permanecer con la otra persona asumiendo riesgos.

Coraje: significa asumir riesgos, buscar lo desconocido, confiar. Este coraje es basado en informaciones y conductas pasadas, pero abierta y sensible al presente sin anticipar el futuro.

El cuidar/cuidado según Milton Mayeroff posibilita la auto-realización y es a través de él que los seres humanos viven el significado de su propia vida (4).

Waldow, R. refiere que, las enfermeras deberían ejercitar su poder orientado a lograr medios y coraje para empeñarse en una política de cuidado, para empoderarse. Empoderar, significando dar o permitir poder, constituye un concepto transaccional, pues como un proceso, involucra una relación con los otros. Requiere un esfuerzo individual, sin embargo, es nutrido y reforzado colectivamente (1).

Según Waldow, opina que el cuidado es relacional, o sea, es siempre en función del otro (sea una cosa, objeto, animal, cualquier ser vivo). En Enfermería, el otro es el paciente y su familia, los que necesitan su cuidado. Todo lo que circunda a los seres, su contexto, su

entorno, es influenciado, y a la vez influye en el cuidado, pues los seres están en continua interacción con el medio ambiente. Además, entiendo el cuidado en una manera más amplia, “constituye una forma de vivir, de ser, de expresarse. Es una postura ética y estética frente al mundo, o sea, un compromiso con estar en el mundo y contribuir con el bienestar general, con la preservación de la naturaleza, la promoción de las potencialidades, de la dignidad humana y de su espiritualidad. Cuidado es, en último término, contribuir a la construcción de la historia, del conocimiento y de la vida” (1).

2.1.2. El cuidado en Enfermería

Se define el cuidado en Enfermería como “todos los comportamientos y actitudes que se demuestran en las acciones que le son pertinentes, o sea, aseguradas por derecho, y desarrolladas con competencia para favorecer las potencialidades de los sujetos a quienes se cuidan (incluyendo su familia), para mantener o mejorar la condición humana en el proceso de vivir y morir”. Por competencia se entiende a todas “las cualidades necesarias al desarrollo de las actividades de enfermería traducidas en conocimiento, habilidades y destreza manual, creatividad, sensibilidad, pensamiento crítico, juicio y capacidad de toma de decisiones” (1).

Se considera el cuidado como el fenómeno resultante del proceso de cuidar que, a su vez, representa la forma como ocurre, o debería ocurrir el encuentro entre ser que cuida y ser que es cuidado. El proceso de cuidar debe resultar en crecimiento y ocurre independientemente de la curación. Los comportamientos y actitudes que se mencionan, suceden de resultados de investigaciones (nacionales e internacionales). Una de las mayores líderes y teóricas del cuidado que se hizo notable por una manera distinta de investigar cuidado, (la etnoenfermería, una metodología inspirada en la etnografía) fue Madeleine Leininger (2). Ella en sus estudios con culturas diversas identificó una amplia gama de categorías de cuidado.

Algunos de los comportamientos y actitudes que se destaca son: respeto, gentileza, consideración, interés, disponibilidad, solicitud, ofrecimiento de apoyo, seguridad, confianza y solidaridad. Los pacientes, en general se sienten seguros al recibir un cuidado realizado con competencia y habilidad, pero acompañado de consideración, comprensión; con toques amables, respetuosos. Para que el cuidado se concrete, los pacientes deben

sentir confianza y seguridad en el cuidador o cuidadora, además de ser considerados como seres humanos y no como objetos.

Los pacientes que sufren con enfermedades graves, en que el sufrimiento por el dolor y por la finitud que se acerca es inevitable, son seres de extrema vulnerabilidad y necesitan de cuidado especial. Por ello, los cuidadores deben estar preparados para ofrecer un cuidado que les proporcione confort, no solo de orden físico, sino también espiritual, utilizar técnicas de relajamiento, evidenciando y transmitiendo, tanto por gestos, miradas y palabras como en el silencio, coraje, solicitud y compasión. Escuchar es un cuidado de mucha valoración y cuando el paciente no puede o no quiere hablar, el silencio y el toque, además de la mirada cariñosa, pueden ser el hecho diferencial (2).

Con los avances de la tecnología farmacéutica y los recientes descubrimientos e investigaciones que se hacen para la curación o con nuevos tratamientos para el cáncer, muchos pacientes son beneficiados con una mayor expectativa de supervivencia y muchos terminan muriendo por otras causas. No obstante, los pacientes siguen siendo monitoreados y el recelo de aparecer la dolencia o una metástasis está siempre presente. De esta manera, estos sujetos siguen necesitando cuidado (2).

Jean Watson, enfermera humanista (1961 a la fecha), consideró que, para definir mejor las responsabilidades sociales y éticas de la enfermería y explicar las implicaciones del cuidado humano, es necesario apoyarse en los diez factores de cuidado que construyó y posteriormente modificó, estableciendo el modelo Caritas o modelo de cuidados, en donde profundiza en los aspectos filosóficos, transpersonales, éticos, del arte y los espirituales metafísicos, los que se describen a continuación:

- ✓ Practicar la amabilidad amorosa y la ecuanimidad dentro del contexto de la conciencia del cuidado.
- ✓ Estar auténticamente presente, permitir y mantener un sistema de creencias profunda en apoyo al mundo subjetivo de uno mismo y de quien se debe cuidar.
- ✓ Cultivar las propias prácticas espirituales del yo transpersonal más allá del ego.
- ✓ Desarrollar y apoyar una auténtica relación de cuidado, apoyo confianza.
- ✓ Estar presente para apoyar la expresión de sentimientos positivos y negativos como una conexión con el espíritu más profundo con uno mismo y con aquel a quien se cuida.

- ✓ Uso creativo de todas las vías de conocimiento, como parte del proceso de cuidado; participar en el arte de las prácticas de curación-cuidado.
- ✓ Crear un entorno de curación a todos los niveles: entorno físico y no físico, de energía y conciencia, allí donde lo saludable, la belleza, la comodidad, la dignidad y la paz se potencian.
- ✓ Ayudar con las necesidades básicas, con una conciencia de cuidado deliberado y gestionar cuidados humanos esenciales que propicien la integración de mente-cuerpo-espíritu y salud unidad del ser en todos los aspectos del cuidado.
- ✓ Tener la disposición para atender la dimensión espiritual-misteriosa y existencial de la propia vida-muerte; cuidar el alma de uno mismo y de quien debe recibir el cuidado.

Con estos principios se fundamenta el cuidado como una forma de habitar en el mundo, en un mundo al que se ha venido para desarrollar un proyecto, que permitirá la trascendencia, un mundo con los otros a través de la relación interpersonal, intersubjetiva, transpersonal situada en una esfera cósmica.

Su pensamiento significa una visión holística de la persona integrada con su entorno social y cultural en un proceso de interacción recíproca, en él adquiere relevancia la energía y la conciencia para un cuidado humano, donde la espiritualidad de uno mismo y de la persona son fundamentales (5).

2.1.3. Cuidado de Enfermería en Emergencia

La Enfermería de Emergencias es un área de especialidad de la Enfermería profesional que implica la integración de la práctica, la investigación, la educación y la profesionalidad. La práctica comprende la valoración, diagnóstico y el tratamiento de la respuesta humana a los problemas percibidos, reales o potenciales, físicos o psicosociales que pueden ser episódicos, primarios y/o agudos.

La investigación es el descubrimiento y la verificación de conocimiento en base al cual puede avanzar el conocimiento de la especialidad. Está basada en la premisa que el paciente es el principal beneficiario. La educación engloba la formación continuada de uno mismo y la enseñanza de los pacientes, de la familia y comunidad y de los otros miembros del equipo de Urgencias. La profesionalidad (responsabilidad, autonomía, autoridad y

liderazgo) contribuye al crecimiento de la especialidad, a la formación y mantenimiento de relaciones interprofesionales (6).

La Emergency Nurses Association (ENA-2004), hace la siguiente definición del cuidado urgente: “Valoración, diagnóstico y tratamiento de problemas observados, actuales o potenciales, súbitos o apremiantes, físicos o psicosociales, que son fundamentalmente episódicos o agudos”. Estos problemas pueden precisar cuidado mínimo o medidas de soporte vital, educación del paciente y otras personas allegadas, referencia o traslado adecuado y conocimiento de las implicaciones legales.

Asimismo, la American Nurses Association (ANA), describe a los especialistas en Enfermería como los profesionales que están involucrados en campos especializados dentro de la Enfermería y a la especialización como un enfoque limitado a una parte del campo global de la Enfermería (7).

2.1.4. PERCEPCIÓN

Para Merleau y Ponty M (2005), la percepción se refiere a la manera como un individuo interpreta la percepción, es el significado que una persona da a los eventos, y afecta directamente su respuesta al ambiente. Es el conjunto de procesos y actividades relacionadas con la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuamos en él y nuestros propios estados internos. Esta definición presenta dos partes bien diferenciadas referidas respectivamente (8).

1. La característica de la percepción de un individuo es subjetiva selectiva y temporal

Subjetiva: Ya que las reacciones a un mismo estímulo varían de un individuo a otro.

Selectiva: Es consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona que no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en función de lo que desea percibir.

Temporal: Es un fenómeno a corto plazo. La forma en que los individuos llevan a cabo el proceso de percepción evoluciona a medida que se enriquecen las experiencias, o varían las necesidades o motivaciones de los mismos.

En el proceso de la percepción se indica que todos los individuos reciben estímulos mediante las sensaciones, es decir, flujos de información a través de cada uno de sus cinco sentidos; pero no todo lo que se siente es percibido, sino que hay un proceso perceptivo mediante el cual el individuo selecciona, organiza e interpreta los estímulos, con el fin de adaptarlos mejor a sus niveles de comprensión:

2. La percepción es un proceso que se realiza en tres fases: selección, organización e interpretación.

Selección. - Cuando la percepción se percibe de acuerdo con nuestros intereses se refiere al hecho de que el sujeto percibe aquellos mensajes a que está expuesto según sus actitudes, intereses, escala de valores y necesidades.

Organización. - una vez seleccionados, las personas han recogido una cantidad de estímulos de forma conjunta que, en esencia, son solo una simple colección de elementos sin sentido.

Interpretación. - Es la última fase del proceso perceptual, que trata de dar contenido a los estímulos previamente seleccionados y organizados. La interpretación depende de la experiencia previa del individuo, así como de sus motivaciones, intereses personales y su interacción con otras personas. Por ello, la forma de interpretar los estímulos puede variar, a medida que se enriquece la experiencia del individuo o varían sus intereses (8).

Según la teoría Gestalt (2011), las personas percibimos el mundo como un todo y no de forma fragmentada; podemos comprobar esto si pensamos que al despertarnos y abrir los ojos podemos ver toda la habitación donde nos encontramos y no simplemente objetos sueltos. A través de nuestra percepción somos capaces de entender de qué está formado ese todo y aislar aquello que nos interesa más en cada momento (9).

De acuerdo a los estudios realizados en torno a este concepto podemos decir que existen factores biológicos de la percepción, con los cuales nacemos, y otros aprendidos; esto significa que la forma en la que percibimos nuestro entorno se modifica a lo largo de nuestra vida a través de las experiencias. Por ejemplo, cuando éramos niños admirábamos a nuestro padre, pero pasada cierta edad puede que ya no lo hagamos, e incluso que le aborrezcamos, esto significa que de acuerdo a las situaciones por las que hayamos pasado hemos reinterpretado a esa persona y la hemos ubicado en lugares diferentes a lo largo del tiempo.

Es importante aclarar que existe otro tipo de percepción, la extrasensorial, la misma se encuentra relacionada con la forma en la percibimos las cosas donde los sentidos ordinarios no participan. Los especialistas, explican que se tratan de fenómenos de transferencia de energía que no pueden entenderse a través de conceptos biológicos o físicos. Estos fenómenos son: la telepatía (capacidad para leer la mente), precognición (predicción de un hecho que tendrá lugar en el futuro), clarividencia (capacidad para ver cosas que no se encuentran en el espacio) y psicoquinesis (capacidad para modificar la materia a través de la mente) (9).

2.2. REFERENCIAL EMPÍRICO

En una investigación realizada sobre “Percepción del familiar acompañante sobre el cuidado que brinda la enfermera en el servicio de emergencia”, realizado en la Clínica San Felipe” en Lima en el año 2016, el tipo de estudio fue cualitativo, se encontró como principales resultados que: la enfermera brinda cuidado con virtudes, valores, cualidades y sentimientos, la enfermera educa, enseña, y escucha, brinda cuidado con compromiso y responsabilidad. Así mismo se percibió la falta de interacción especializada en otras áreas a fines. En la búsqueda de brindar un cuidado con calidad, la enfermera de la clínica en estudio, demuestra en cada una de sus actividades el trato humanizado; el familiar acompañante refiere estar satisfecho y agradecido por los servicios recibidos y concuerdan en la importancia de no dejar de lado el trato humano y la sensibilidad en cada acto de cuidado (6).

En Chimbote en el año 2011 se realizó la investigación “Vivencias del adulto hospitalizado en emergencias”, cualitativa fenomenológica, los resultados que se obtuvieron fueron las siguientes categorías: “Comunicación e información de enfermeras-paciente” en esta categoría se percibe la incomodidad del paciente ante tanta tecnología desconocidas para él, que desplaza el componente humano como es la relación de enfermera paciente, negándole las explicaciones que le permitan saber con respecto a la mejora de su salud o a la adaptación de su enfermedad y satisfacer esa gran necesidad de expresión emocional, con expresión de gestos por parte de la enfermera. “Necesidad de soporte familiar”. Se percibe la necesidad que tiene el enfermero de percibir apoyo de su familia, teniendo en cuenta que ellas es el grupo más importante en la vida de la persona, la familia es el recurso de apoyo por excelencia con que cuentan los adultos dependientes (10).

En otra investigación, “Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica” octubre 2011. Tuvo como objetivo: Conocer cómo ayudan las enfermeras de la UCI a las familias para que éstas realicen un afrontamiento eficaz de la pérdida de un ser querido; así mismo describir el sentir de las enfermeras de la UCI cuando ayudan a la familia a afrontar la pérdida (real, anticipada o percibida) de un ser querido. Empleó la metodología descriptiva – cualitativo, teniendo como resultado las siguientes categorías: cuidado holístico, establecimiento de una relación de confianza, sentimiento de vulnerabilidad, incapacidad para ofrecer este cuidado, formación en la gestión de emociones, duelo y habilidades de comunicación, limitación en la información. Entre sus conclusiones menciona que las enfermeras se sienten responsables de los cuidados que las familias en situación de duelo, pues cubrir esta necesidad, forma parte de la totalidad de los cuidados del paciente atendido. Así señalan que académicamente las enfermeras, están preparadas para atender los aspectos biológicos técnicos, pero no para los emocionales (9).

Ceron P, 2008 en su investigación “Aspectos presentes en la comunicación de la enfermera con el familiar del paciente hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo”, cualitativa de tipo revisión documental – descriptivo. Los resultados más relevantes arrojaron, que los aspectos que influyen en la comunicación con las familias, son la sobrecarga laboral, el hecho de no haber recibido ningún tipo de formación de base sobre la manera de afrontar el sufrimiento de las familias y de la muerte de los pacientes, así mismo el no tener los conocimientos y habilidades necesarias para satisfacer las necesidades psicosociales y emocionales de los familiares; todo ello hace que la enfermera de manera involuntaria, como mecanismo de defensa, ante su parte psicológica, se comporte de forma fría, distante e inhumana con las familias (11).

En la investigación, “Relación enfermera-familia en la unidad de cuidados intensivos – EsSalud” Chiclayo 2008; tuvo como objetivos: describir, analizar y comprender la relación, enfermera-familia y discutir a partir de esta relación su repercusión para el cuidado enfermero, estudio de tipo cualitativo y con metodología de estudio de caso saturándose con 15 personas. Concluye que el cuidado del profesional de enfermería hace referencia al conjunto de acciones en las relaciones de la enfermera con los familiares y el dominio de lo científico; orientadas a comprender al otro en su entorno donde se desenvuelve, implicando una mirada cuidadosa, acercándose a las personas en una relación de proximidad, individualización y fundamentada en una actitud de apertura al diálogo, respeto por los demás, sensibilidad ante las experiencias propias y las de otros. Así mismo

se evidencia prácticas de no cuidado, cuando surgen situaciones conflictivas que constituyen un poderoso factor de desunión, ruptura, separación y alejamiento. Estas experiencias negativas hacen que los familiares sientan miedo, tristeza, preocupación y desesperanza (14).

CAPÍTULO III

III. ABORDAJE METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE ESTUDIO

El trabajo de investigación tuvo un abordaje cualitativo que se enfoca en comprender y profundizar los fenómenos, explorarlos desde la perspectiva de las participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto. Los estudios cualitativos son fundamentados en procesos inductivos; es decir, explorar y describir, para luego generar perspectivas teóricas (13).

Así mismo proporciona a profundidad a los datos, dispersión, riqueza interpretativa, contextualización del ambiente o entorno, detalles y experiencias única de cada una de las participantes. También aporta un punto de vista “fresco natural completo de los fenómenos”, así como su flexibilidad.

En esta investigación se tuvo en cuenta el método de investigación exploratorio - descriptivo de Tello, C, que manifiesta que éste es un método que produce resultados basados en conversaciones y observaciones, es un método de las ciencias humanas cuyo proceso es descubrir el significado de un evento en el tiempo. El ser humano desarrolla una definición del mundo a través de la experiencia de eventos de la vida. El método descriptivo incluye la elaboración del contexto de la situación del evento de la vida (14).

En este estudio se usó el método de investigación descriptivo porque se busca describir la percepción del paciente y familia acerca del cuidado que brinda enfermería en el servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente Cajamarca.

3.2. ÁREA DE ESTUDIO

El Hospital Regional de Cajamarca depende jerárquica, administrativa y normativamente de Dirección Regional de Salud-Cajamarca, Unidad Ejecutora del Gobierno Regional Cajamarca y funcionalmente se encuentra sujeto a normatividad del Ministerio de Salud.

Se empieza a edificar el 27 de mayo de 1960 en el marco del 105 Aniversario de Creación política del departamento de Cajamarca.

La obra se inicia bajo la administración presupuestal del Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, siendo presidente del Perú el Dr. Manuel Prado Ugarteche. 37 meses después se inaugura el Hospital Centro de Salud de Cajamarca, el 28 de junio de 1963.

Inicia su actividad con 4 especialidades básicas: Medicina General, Cirugía General, Pediatría y Gineco-Obstetricia.

Después de 49 años, en enero de 2012, el Hospital Regional de Cajamarca inicia su funcionamiento en su nueva infraestructura ubicada en la urbanización los Eucaliptos que cuenta con 5 niveles, todas implementadas. Ahora se cuenta con instrumentos médicos más modernos del mercado y se brinda atención en 25 especialidades (Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía General, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Gastroenterología, Geriatria, Hematología, Infectología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Medicina Interna, Traumatología y Ortopedia, Urología, Psicología, Psiquiatría, Reumatología, Terapia Física, Ginecología, Odontología, Pediatría, Cardiología, Neonatología, Nefrología, Medicina Intensiva, Neurocirugía, Patología Clínica y Dermatología).

Es el hospital referencial de mayor complejidad de la Región Cajamarca de categoría II-2, liderado por el Director Tito Urquiaga Melquiades. Brinda atención sanitaria integral, especializada, con calidad, buen trato, mínimos tiempos de espera, comprometidos con equidad e interculturalidad, integrando funciones de docencia e investigación y articulado a flujos de atención de la DIRESA Cajamarca.

Para el año 2018, se ha propuesto ser un hospital referencial, de categoría III-1, cabecera de RED, acreditado para brindar una atención de salud integral de calidad y altamente especializada, con pleno respeto a los derechos de sus usuarios.

La afluencia de usuarios que llegan para ser atendidos en el servicio de emergencia cada vez es mayor (aproximadamente de 90 por día), no sólo de la ciudad de Cajamarca sino de las diferentes provincias algunos con o sin referencia llegan en estado crítico, que amerita una atención rápida oportuna y eficiente. Con las patologías más relevantes, enfermedad renal crónica, diabetes mellitus tipo 2 descompensada, poli traumatizados, infarto agudo al miocardio, apendicitis, cáncer, síndrome doloroso abdominal con complicaciones, entre otras.

3.3. SUJETOS DEL ESTUDIO

El número de participantes (muestra) se obtuvo a través de la técnica de saturación de la información, es decir, hasta el punto en que ya no se obtiene nueva información y ésta comienza hacer redundante, al continuar con las entrevistas a los pacientes y familias.

De allí, que la muestra para el presente estudio estuvo conformada por 9 pacientes y 9 familiares. Una característica de este procedimiento es que el tamaño de la muestra no se conoció al inicio, sino sólo cuando la indagación ha culminado. El muestreo orienta la forma en la que empieza a buscarse a los participantes, pero su incorporación se hace en forma iterativa, de acuerdo con la información que va surgiendo en el trabajo de campo. Como lo subrayan los expertos lo decisivo aquí no es el tamaño de la muestra, sino la riqueza de los datos provistos por los participantes, y las habilidades de observación y análisis del investigador (15).

La muestra estuvo constituida por los pacientes (09 personas) y los familiares (09 personas). Los participantes han sido elegidos por conveniencia, es decir, se ha seleccionado a los pacientes y familiares de acuerdo al objetivo del estudio y los criterios de inclusión, cuando un paciente o familiar se negó a participar, se entrevistó al siguiente.

La unidad de análisis fue cada paciente y cada familiar que ingresaron al servicio de emergencia del hospital durante los meses entre julio a setiembre de 2018.

Los participantes cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

1. Pacientes y familiares mayores de 18 años a 60 años
2. Pacientes sin alteraciones mentales, orientadas en tiempo, espacio y persona.
3. Familiares directos (padres, hijos o hermanos, cónyuges) de los pacientes en el servicio de emergencia.
4. Familiares sin alteraciones mentales, orientadas en tiempo, espacio y persona.
5. Pacientes y familiares que acepten voluntariamente participar en el trabajo de investigación, firmando el consentimiento informado.

Cuadro 01. Pacientes participantes del estudio

N°	Fecha de la entrevista	Seudónimo	Caracterización				
			Edad/Sexo		Procedencia	Ocupación	Diagnóstico
			M	F			
1	16/07/2018	Victorio	19		Cajamarca	Estudiante	Policontuso por caída
2	16/07/2018	Flores	21		Cajamarca	Estudiante	Úlcera gástrica
3	16/07/2018	Cueva	60		Cajamarca	Obrero	D. Mellitus tipo II
4	6/08/2018	Casilda		44	Cajabamba	Ama de casa	Celulitis en mano D.
5	6/08/2018	Eva		40	Celendín	Independiente	Anemia severa
6	6/08/2018	Dulce		43	Cajamarca	Docente	Coledocolitiasis
7	5/09/2018	Chailon	22		Cajamarca	Estudiante	Policontuso por A.T
8	3/09/2018	Marroco	38		Cajamarca	Téc. Farmacia	Apendicitis aguda
9	5/09/2018	Magno	44		Cajamarca	Téc. Enf.	P.O de Apendicectomía

Cuadro 02. Familiares participantes del estudio

N°	Fecha de la entrevista	Seudónimo del/la participante	Caracterización			
			Edad/Sexo		Procedencia	Ocupación
			M	F		
1	16/07/2018	Condorita		43	Cajamarca	Ama de casa
2	6/08/2018	José	37		Chota	Agricultor
3	6/08/2018	Dionisio	58		Cajamarca	Agricultor
4	6/08/2018	Luz		58	Cajabamba	Docente de educación primaria
5	6/08/2018	Luna		22	Cajamarca	Estudiante
6	3/09/2018	Sol		55	Cajamarca	Ama de casa
7	5/09/2018	Angelita		32	San Marcos	Ama de casa
8	3/09/2018	Elsa	43		Cajamarca	Docente de educación secundaria
9	5/09/2018	Wilfredo	59		Celendín	Agricultor

3.4. ESCENARIO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el servicio de Emergencia del Hospital Regional de Cajamarca, que cuenta con las diferentes sub áreas: ambiente de triaje con una camilla, unidad de Shock Trauma con tres camas, tópico de procedimientos con 2 camillas, tópico de ginecobstetricia con 4 camillas, tópico de pediatría 2 camillas, 1 cuna, tópico de cirugía 4 camillas, tópico de yesos 4 camillas, tópico de medicina 8 camillas, un ambiente de aislados, Área de Observación con 15 camas: 3 pediátricos y un aislado todos con monitor, área de laboratorio y farmacia.

Actualmente contamos con el siguiente personal de salud.

Jefe de médicos: Dr. José Antonio Ramírez Sáenz.

Médicos (17), médicos especialistas: Nefrólogo (3), Traumatólogo (2), Cardiólogo (4), Hematólogo (1), Neurólogo (1), Neurocirujano (4), Cardiovascular (1), Urólogo (2), Gastroenterólogo (2), Ginecólogos.

Jefe de enfermeras: Violeta Torres Figueroa.

Enfermeras con especialidad (23), Enfermeras sin especialidad (30), Técnicos en enfermería (43), Obstetras (8).

3.5. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la recolección de información se utilizó la entrevista en profundidad que también se denomina entrevista abierta, generalmente suelen cubrir solamente uno o dos temas, pero en mayor profundidad. El resto de las preguntas que el investigador realizó, van emergiendo de las respuestas del entrevistado y se centran fundamentalmente en la aclaración de los detalles con la finalidad de profundizar en el tema objeto de estudio. Aunque es la que más se caracteriza por la carencia de estructura salvo la que el sujeto le dé y por la no-dirección, no hay que olvidar que las entrevistas deben desarrollarse bajo la dirección y el control sutil del investigador/a (15).

La entrevista de investigación pretende, a través de la recogida de un conjunto de saberes privados, la construcción del sentido social de la conducta individual o del grupo de referencia de ese individuo. Este tipo de técnica en la investigación puede tener una duración de 30 minutos hasta más de una hora, dependiendo del tema y la dinámica de entrevista. Para ello se requiere la habilidad de un entrevistador que provoque un ambiente de confianza con el entrevistado a fin de que hable con libertad de sus actitudes, creencias, sentimientos y emociones. Dentro de una entrevista profunda es posible combinar técnicas, a fin de profundizar en algún tema o de obtener respuestas que muchas veces el entrevistado no está dispuesto en forma racional y espontánea a proporcionar (15).

La entrevista se realizó en los ambientes del servicio de Emergencia, la investigadora buscó el momento propicio para conversar con el paciente y familiar, estos encuentros tuvieron una duración de 30 a 35 minutos, se realizaron algunas entrevistas durante las guardias nocturnas cuando el paciente dormía y el familiar se encontraba sereno, o cuando

el paciente estaba tranquilo o próximo a salir de observación o pasar a piso; no se presentaron dificultades en la recolección de la información ya que los participantes se mostraron sinceros y abiertos a conversar y a darnos a conocer su percepción.

El instrumento de recolección de información fue un cuestionario semiestructurado elaborado por la investigadora; que consta de dos partes, en la primera parte se busca conocer del paciente su pseudónimo, edad, sexo, procedencia, ocupación y diagnóstico médico de ingreso; para el familiar igualmente en la primera parte se desea conocer su pseudónimo, edad, sexo, procedencia y ocupación, la segunda parte estuvo constituido por 02 preguntas abiertas relacionadas con el objeto de estudio tanto para los pacientes como para los familiares, con la finalidad de conocer la percepción de los pacientes y familiares sobre el cuidado de enfermería que reciben. Para conocer la validez de contenido de las preguntas planteadas se aplicó una prueba piloto, que sirvió para reconocer si las preguntas recogen la información requerida, luego se realizaron los cambios respectivos, de tal manera que las participantes entiendan las preguntas y respondan con sus propias palabras. Los discursos de los participantes recogidos en la prueba piloto y los participantes fueron parte de la población sujeto de estudio final tanto en los pacientes como familiares.

Las preguntas abiertas para los pacientes fueron:

- ✓ ¿Cómo es el cuidado de enfermería que usted recibe?
- ✓ ¿Cómo debería ser el cuidado de enfermería que usted recibiera?

Las preguntas abiertas para los familiares fueron:

- ✓ ¿Cómo es el cuidado de enfermería que recibe su familiar enfermo/lesionado?
- ✓ ¿Cómo debería ser el cuidado de enfermería que le brindan a su familiar enfermo/lesionado?

Para la recolección de información se procedió de la siguiente manera:

- ✓ Se solicitó autorización al Médico jefe y enfermera jefe del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Cajamarca para obtener la autorización correspondiente para la realización del estudio.
- ✓ Se identificaron a los pacientes y familiares que cumplan con los criterios de inclusión.

- ✓ Se realizó la presentación con los participantes para solicitarles que participen en el estudio y firmen el consentimiento informado, con la finalidad de proceder a recoger la información.
- ✓ Previamente a la recolección de la información se explicó el motivo de la investigación y la importancia de conocer su percepción sobre el objeto de estudio, dándoles a conocer sobre el anonimato y confidencialidad de su información.
- ✓ Se buscó el mejor momento para realizar la entrevista al paciente, evitando interrumpir su descanso o el desarrollo de algún procedimiento. Con los familiares se ha optado por que éstos elijan el momento indicado para el desarrollo de la entrevista.

El recojo de información fue en grabación magnetofónica de las entrevistas a profundidad, y en la libreta de campo se tomaron algunas notas de lo que se observó en el entorno en ese momento, así como el estado de ánimo y las reacciones de los participantes frente a situaciones que iban surgiendo en el proceso de la entrevista.

3.6. INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se utilizó el análisis de contenido que se realizó en dos niveles. En el primer momento se codificó las unidades de significado, para categorizarlas y asignarles códigos y luego el segundo nivel se comparó las categorías entre sí para agruparlas en temas y buscar posibles vinculaciones (13).

Luego de la transcripción de los discursos vertidos por los participantes, codificación y agrupación de las unidades de significado, se identificó la convergencia y divergencia de ideas en los testimonios recogidos para plantear categorías empíricas que son conceptos clasificatorios y se constituyeron como términos cargados de significación, a través de las cuales la realidad es pensada de forma jerarquizada. Las categorías empíricas son construidas a posterioridad a partir de la comprensión del punto de vista de los actores sociales, posibilitando desvendar relaciones específicas del grupo en estudio, las categorías empíricas son clasificaciones que contienen una doble elaboración de categorías son ante todo, expresiones clasificatorias que los actores sociales de determinada realidad, construyen y les permiten dar sentido a sus vidas de cada uno de los participantes, sus relaciones y aspiraciones, es decir, emanan de la realidad (13).

En este estudio, luego de recolectada la información a través de la entrevista tanto a los pacientes como a los familiares, se encontró en algunas entrevistas información incompleta por lo cual la investigadora se acercó nuevamente al participante para recabar la información faltante. Los discursos fueron transcritos convirtiéndose en texto emic (tal cual fueron vertidos por los participantes con sus propias palabras) para luego en texto etic, (transcripción de los discursos completando palabras, eliminando modismos) se ha tenido especial cuidado en conservar el sentido del discurso.

3.7. RIGOR CIENTÍFICO EN EL ESTUDIO

La investigación cualitativa, se basa en criterios que tienen como finalidad asegurar la calidad y la objetividad de la investigación, considerándose los siguientes criterios:

En relación al rigor científico, Según Cáceres, los criterios de rigor científico en la investigación cualitativa y sus estrategias (16).

- a) **Credibilidad:** en la presente investigación para el cumplimiento de este parámetro, se ha tenido en cuenta, que la información recolectada fuera real y verás, luego de cada entrevista el paciente o familiar reconocía su testimonio como propio.
- b) **Transferibilidad:** los resultados del estudio, no pueden ser generalizables sin embargo cumplen con el criterio de transferibilidad, ya pueden servir como referencia en otro contexto con características parecidas.
- c) **Confirmabilidad:** para el cumplimiento de este parámetro, el investigador ha realizado el análisis sin incluir su percepción, vivencias o visión sobre el objeto de estudio evitando así el obstáculo epistemológico del animismo.

3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO

Se consideraron los principios éticos para asegurar la validación del trabajo de investigación como:

Consentimiento informado:

En el presente estudio se solicitó la autorización de las participantes a través del documento de consentimiento libre e informado (anexos 1 y 2.) que se entregó a cada participante,

para registrar su participación voluntaria luego de ser informados en forma clara y concisa del propósito y la modalidad de la investigación.

Confidencialidad:

Se aseguró el anonimato total además sus discursos fueron mantenidos como secretos y las grabaciones han sido confidenciales, utilizadas solo para fines de investigación, usando seudónimos para presentación de resultados.

CAPÍTULO IV

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las entrevistas en profundidad desarrolladas con los pacientes del servicio de emergencia y con los familiares que los acompañaban, ha permitido conocer su percepción sobre el cuidado de enfermería que reciben en este servicio hospitalario.

En primer lugar, se presenta las categorías y subcategorías que han emergido de los discursos de los pacientes del servicio: la primera categoría fue Enfermería y el cuidado humano en emergencia que fue desdoblado en 03 subcategorías: 1) Cuidado de enfermería: amabilidad y calidez con el paciente. 2) La información como elemento del cuidado. 3) La preocupación como señal de cuidado de enfermería.

En segundo lugar, presentamos la categoría relacionada con los discursos de los familiares donde la primera categoría fue Cuidado de enfermería diferentes percepciones un mismo sentir, con las siguientes subcategorías: 1) El cuidado de enfermería preocupación y amabilidad. 2) La otra cara de la atención de enfermería. 3) El cuidado limitado por el tiempo y número de pacientes 4) La información al familiar pieza clave del cuidado.

4.1. PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE EL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIA.

CATEGORIA 01: Enfermería y el Cuidado Humano en Emergencia

Waldow, R, señala que el cuidado es una forma de relacionarse con el otro en su totalidad, ayudando al individuo físico, moral y espiritual y con culturas diferentes, es un resultado de deliberaciones y acciones de cuidar favoreciendo el crecimiento a través de actitudes morales. Así mismo refiere que al considerar el cuidado como un elemento necesario y único se supone que haya una consistencia entre conocimiento, creencias y valores que lo sustentan. El cuidado debe ser encarado y valorizado, no solo el cuidado técnico, sino el cuidado como un proceso interactivo humano (15).

Esta categoría se ha desdoblado en las siguientes subcategorías:

Subcategoría 1. Cuidado de enfermería: amabilidad y calidez con el paciente

Según Colliere, el ideal y el valor del cuidado no son simplemente casos resueltos, sino un punto de inicio del contacto con el paciente, existe una actitud que debe tomarse en un deseo, en una intención, en un compromiso y en un juicio consiente que se manifiesta en actos concretos. El cuidado humano como ideal, moral, trasciende el acto y va más allá de la acción de la enfermera (18).

A continuación, se presentan los discursos relacionados:

P1: Algunas son amables nos tratan con cariño... Cuando entré me han tratado bien... algunas enfermeras me rigorean, me dicen para que te has dejado vencer de tu enfermedad, algunos tienen paciencia y otros no.

P2: Las enfermeras me han tratado muy bien son buena gente, amables considero que el trato de las enfermeras es bueno... me llevo una experiencia bien bonita porque me han tratado muy bien.

P3: Trato especial con bastante cariño, con bastante calidez esos son los aspectos principales que podido observar... la atención es buena y rápida hay una buena respuesta tanto del personal de enfermería y personal técnico.

P4: El cuidado de enfermería es muy bueno me han tocado enfermeras que tienen mucha paciencia con mucha amabilidad, Ayer entre a las 11am, me atendieron rápido muy buena atención no hay queja alguna estoy muy bien atendida... que sigan así no cambien su manera de tratar a los enfermos...

P5: Son muy amables muy buenas profesionales... ahora estoy de paciente, desde que ingrese me trataron bien, ahora me siento mejor... pese a que en algunos turnos solo están dos enfermeras, en esos casos no se alcanzan a dar una atención completa digámoslo así, porque a veces ellas se toman su tiempo y entablan una conversación con nosotros.

P6: Bueno la atención de enfermería es muy buena... ellas están pendientes son amables cariñosas... pero hay otras enfermeras que hablan un poco fuerte claro no todos tienen el mismo carácter pero, no me quejo porque si nos atienden y si tienen paciencia conmigo, con el resto no sé.

P7: _Las enfermeras me atendieron muy bien, son amables..., tratan con cariño y eso da confianza, a uno mismo nos ayuda bastante...Estoy agradecida por la atención que he recibido, creo que las enfermeras si tienen vocación para cuidar al ser humano.

P8: _Las enfermeras son alegres amables, tienen paciencia para atender, me responden cuando les pregunto...

P9: _Nos tratan con respeto y son cariñosas muy amables.

Los participantes en sus discursos nos describen su percepción sobre el cuidado que reciben de parte de las/los enfermeras; a través del contacto diario ellos perciben al enfermero como un profesional con cualidades y sentimientos como paciencia, amabilidad, cariño; de modo que los pacientes se sienten tranquilos y motivados, resaltan la paciencia del trabajador que les infunde calma ante los momentos difíciles, valoran las palabras de aliento que les brindan; de otro lado la calidez en la atención es valiosa para los usuarios.

Se observa que las enfermeras y enfermeros del servicio de emergencia brindan cuidado humano desde la percepción de los pacientes, ya que los profesionales buscan mejorar la resquebrajada salud de los enfermos, promover la salud y la tranquilidad, al respecto Waldow, V. señala al cuidado de Enfermería como “todos los comportamientos y actitudes que se demuestran en las acciones que le son pertinentes, o sea, aseguradas por derecho, y desarrolladas con competencia para favorecer las potencialidades de los sujetos a quienes cuidan, para mantener o mejorar la condición humana en el proceso de vivir y morir” (1).

En el contacto entre enfermero/a paciente desde la percepción del enfermo, está implícita la preocupación y la diligencia que es precisamente lo que buscan para mejorar su salud y salir pronto del hospital, asimismo Boff L. señala que el cuidado significa desvelo, solicitud, diligencia, celo, atención, buen trato. Es una actitud fundamental, de un modo de ser mediante, el cual la persona sale de sí y se centra en el otro con desvelo y solicitud (19).

Subcategoría 02: La información como elemento del cuidado de enfermería

Según Waldow, el conocimiento del paciente es una variable importante que nos dice cuan informado está cerca de su situación actual, su tratamiento y los exámenes y los

procedimientos a los que será sometido. Al verificar que el paciente no está convenientemente informado, la enfermera podrá subsanar esa falla. La información contribuye a que el paciente se sienta seguro y colabore con su cuidado (20).

Estos son los discursos relacionados:

P2: _Me dijeron que tenía un tumor, me siento tranquilo alegre ya no tengo dolor me explicaron que me van a operar luego de tres días me van a llevar a Lima.

P5: _Todo lo que pregunto me dan respuestas.

P6: _Me informan ellas siempre están pendientes de todo, de la medicina de la dieta del suero.

P8: _Estoy esperando desde ayer que me lleven a hospitalización, pero no hay camas así me explicaron por eso sigo aquí, están pendientes de los exámenes a mí me sacaron placas ecografías,

P7: _Buenos días, soy estudiante de contabilidad, bueno ahora me hicieron una ecografía y la enfermera me dijo que no es apendicitis y estoy más tranquilo, me sacaron otra vez sangre el doctor me dijo que depende de los resultados para que me den de alta.

Los participantes en sus testimonios, relacionan el cuidado que reciben de parte del/la enfermera/o con la información recibida sobre su problema de salud, su disponibilidad para explicar algún procedimiento, acción de los medicamentos administrados genera en los enfermos calma y serenidad.

En la interacción enfermera - paciente, es importante mencionar que la enfermera es la responsable y clave en el cuidado del paciente y permanece junto a él y entre sus labores esta efectivizar los exámenes de laboratorio y tratamiento correspondiente, así como brindar información y apoyo emocional, entendiendo que el servicio de emergencia es un área de derivación a otros servicios y los pacientes no deben permanecer más de 48 horas, la enfermera comunica, informa y escucha al paciente promoviendo tranquilidad y seguridad, informar es una actividad importante y forma parte del cuidado humano. Así lo refiere la Ley 29414, menciona a los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, en el Artículo 12°, establece que el Derecho a ser informado sobre las condiciones y requisitos para el uso de los Servicios de salud: Toda persona tiene derecho a conocer en

forma veraz, completa y oportuna las características del servicio, los horarios de atención y demás términos y condiciones del servicio. Podrá solicitar los costos resultantes del cuidado médico, en tanto exista obligación de pago del usuario (21).

El paciente en su estado de dolor y ansiedad, requiere respuestas a sus preguntas sobre su enfermedad, medicamentos, pronóstico, y más; el enfermero al brindar información, consejería se convierte en un dador de calma, y toma al paciente como un ser humano bio – psico- social; Waldow señala que el cuidar/cuidado es una expresión de nuestra humanidad, siendo esencial para nuestro desarrollo y realización como seres humanos (22).

Subcategoría 03: La preocupación como señal de cuidado de enfermería

El proceso de cuidar para Waldow constituye todas las actividades desarrolladas por la cuidadora para y con el ser cuidado basadas en el conocimiento científico, habilidad, intuición, pensamiento crítico, creatividad acompañadas de comportamientos y actitudes de cuidado en el sentido de promover, mantener y/o recuperar su dignidad y totalidad humanas (23).

Frente a la pregunta correspondiente éstas fueron sus respuestas:

P2: _Cuando llegué al hospital, me atendieron rápido me pusieron medicamento para el dolor tan fuerte...me sentí más tranquilo.

P5: _Se preocupan por el estado de salud del paciente, dan soluciones... ayer mi familia estuvo desesperada por un medicamento que no encontraba en Cajamarca pero la enfermera de la mañana se comunicó con farmacia y me dijo que no me preocupe que esa medicina si hay aquí... también están pendientes del suero, revisan nuestra vía porque a veces se despegan el esparadrapo, a mí me controlan cada 2 horas la temperatura porque estoy con fiebre.

P7: _Ellas se preocupan están pendientes de todo, me ha ido pasando el dolor de poquitos,.. yo entré ayer en la madrugada tuve un dolor muy fuerte de estómago, había más personas en la cola y me atendieron a mí porque yo no soportaba el dolor.

P6: Entré al hospital ayer en la madrugada tenía mi presión baja, mi glucosa está en 480, gracias a las enfermeras que me atendieron me encuentro mejor, las enfermeras son las que vienen y nos preguntan cómo estoy, me controlan mi glucosa cada 2

horas...nos dan esperanza me dijeron ten fe pronto se recuperará, eso es un aliento para mí, una palabra muy valiosa que me ayuda mucho.

P8: *He podido ver en estos días que hay mucho paciente, a veces se tardan pero entiendo porque hay otros pacientes y tienen que atenderlos también, van y vienen de un lado para otro preocupadas por todos, debería haber más enfermeras para que atiendan a los nuevos que llegan y nos vean también a los que ya estamos aquí.*

Los pacientes durante su permanencia han percibido la preocupación de las enfermeras/os por su salud, esta inquietud demuestra a través de la rapidez del cuidado, por estar solícita en todo lo referente al control de los signos vitales, el goteo de la infusión intravenosa; disminuir el dolor intenso, apoyo emocional.

Asistir a los demás conlleva a un compromiso afectivo con el otro, ser profesional de enfermería conlleva a preocuparse, tener consideración, compasión, expresar sentimientos, ser pacientes, proteger, respetar, comprender, tener habilidad y destreza, demostrar conocimiento, seguridad, relacionarse espiritualmente, Colliere al respecto señala que cuidar implica conocer a cada paciente, interesarse por él, es decir supone entrar dentro del ser, en este caso dentro del paciente, tener un conocimiento propio de cada uno, es darse cuenta de sus actitudes, intereses y motivaciones y además de sus conocimientos, requiere su manifestación como persona única auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo (18).

Waldow cita a Johns (1998), que señala que puede contribuir en la relación enfermera-paciente es respecto al “estar disponible”, que es diferente de “estar con” (presencia, estar presente). El estar disponible engloba saber lo que el paciente desea o lo que el necesita. A través del relacionamiento con el paciente y su familia desde una perspectiva holística, la enfermera (o) puede establecer un nivel de compromiso e intimidad que le permite obtener conocimiento sobre el paciente y estar disponible, siempre que sea necesario. El interés por el paciente significa tener coraje, conocimiento y apoyo para confrontar la situación que incomoda al paciente y así tomar la acción apropiada (17).

4.2. PERCEPCIÓN DE LOS FAMILIARES SOBRE EL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE EMERGENCIA

CATEGORIA 01: Cuidado Enfermería diferentes percepciones un mismo sentir

El rol del profesional de enfermería en el servicio de emergencia, está enfocado en la gestión de los procesos clínicos propios y compartidos con el resto de profesionales de la organización y en su desempeño incorpora la toma de decisiones en la práctica clínica basada en la evidencia y la estandarización de los recursos necesarios, que aseguran la atención integral y humanizada, centrada en el paciente de acuerdo a su grado de complejidad y dependencia. Por su parte, la American Nurses Association (ANA), describe a los especialistas en Enfermería como los profesionales que están involucrados en campos especializados dentro de la Enfermería y la especialización como un enfoque limitado a una parte del campo global de la enfermería (7).

Sobre la percepción se ofrecen diversas definiciones que han ido evolucionando hacia la implicación de las experiencias y los procesos internos del individuo. Según la psicología clásica para autores como Eriksen, L; Waltz, C. y Strickland, la percepción es un activo-constructivo en el que el perceptor, antes de procesar la nueva información y con los datos archivados en su conciencia, construye un esquema informativo anticipatorio, que le permite contrastar el estímulo y aceptarlo o rechazarlo según se adecue o no al propuesto por el esquema (23).

Esta categoría se ha desdoblado en las siguientes subcategorías:

Subcategoría 01: Cuidado de enfermería...preocupación y amabilidad

Para Waldow, algunos de los comportamientos y actitudes que destaca son: respeto, gentileza, consideración, interés, disponibilidad, solicitud, y ofrecimiento de apoyo, seguridad, confianza y solidaridad. Los pacientes, en general se sienten seguros al recibir un cuidado realizado con competencia y habilidad, pero acompañado de consideración, comprensión; con toques amables, respetuosos. Para que el cuidado se concrete, los pacientes deben sentir confianza y seguridad en el cuidador o cuidadora, además de ser considerados como seres humanos y no como objetos (1).

A continuación, se presentan los discursos relacionados:

F1: *_Hay enfermeras buenas, conscientes muy dedicadas a su trabajo, me gusta porque hay enfermeras humanitarias, están al cuidado constante del paciente de su sueros en caso de mi papá esta con sonda y ellas están viéndolo...están pendientes.*

F2: *_Sobre el cuidado de las enfermeras... en estos días he visto que tienen bastante vocación, la atención ha sido muy buena... felicito al personal de enfermería de este hospital...*

F3: *_Mi familiar está hospitalizado más de 15 días por lo poco que podido percibir, durante este tiempo los enfermeros son súper atentos... lo limpian lo lavan...*

F4: *_Gracias a Dios desde que entré me han tratado bien las enfermeras, no he tenido problemas se está recuperando mi hijito y está mejor, gracias al interés de los doctores y de las enfermeras que siempre están pendientes, agradezco mucho por todo... agradezco por su paciencia y apoyo...*

F5: *_Las enfermeras son muy atentas muy cariñosas con mi bebito y con nosotros, no son ásperas como otras personas, hasta ahora mi bebito gracias a Dios está bien...*

F6: *_El personal de enfermería siempre viene a verlo y lo examinan...son excelentes trabajadores a pesar que hay especialistas me ha tratado como si fuera como ellos por eso me siento orgulloso...*

F8: *_Están atendiendo con amabilidad a mi mama, la bañan, están allí pendientes de ella, de su medicina, de su trasfusión de sangre y me están preguntando si está bien... estoy contenta hay personas muy cariñosas, la atención es buena...*

F9: *_Yo he caído con buenos profesionales, que tratan de acogerlo a mi hijo ustedes...las enfermeras ven mucho tiempo su enfermedad que es crítica y de mucho cuidado entonces les agradezco...*

La percepción de los familiares sobre el cuidado de enfermería, al igual que los pacientes, se caracteriza porque identifican preocupación y amabilidad en su interrelación con el enfermo, para los participantes es primordial el interés y el desvelo que muestra el personal hacia acciones importantes para ellos como la infusión intravenosa, la administración de medicamentos según horario, el control y asepsia de las sondas, el monitoreo de los signos vitales, entre otros; el trato del personal es importante para los familiares y es muy valorado.

El familiar siente que el/la enfermero/ se *conduela* por la situación del paciente que necesita permanente atención por su enfermedad grave, además es inherente el compromiso que el personal siente hacia los enfermos y familiares, al respecto Waldow asevera que la compasión en el cuidado de enfermería comprende una relación vivida en solidaridad con la condición humana, comparte alegrías, tristezas, dolores y realizaciones; abarca un simple y no pretensioso modo de estar presente, la permanencia de unos con otros; agrega la necesidad de enfatizar el ingrediente humanizador, es decir la compasión en el mundo cada vez más frío e impersonal de la ciencia y la tecnología. (22). También menciona al compromiso es una respuesta afectiva compleja, caracterizada por la convergencia entre deseos y obligaciones por la elección deliberada para actuar en concordancia con ambos.

Subcategoría 2: La otra cara del cuidado de Enfermería

Cerón, afirma que entre los aspectos que influyen en la comunicación entre el/la enfermero/a con las familias, está la sobrecarga laboral, no haber recibido ninguna formación sobre cómo afrontar el sufrimiento de las familias y la muerte de los pacientes, así mismo, no tener los conocimientos y habilidades necesarias para satisfacer las necesidades psicosociales y emocionales de los familiares; todo ello hace que la enfermera de manera involuntaria, se comporte de forma fría, distante e inhumana con las familias (11).

Presentamos los discursos de esta categoría:

F1: _Pero así como hay buenas enfermeras también hay otras que solo vienen a ganar su sueldo se les pide por favor que nos informen y no quieren...les preguntamos si falta alguna medicina nos dice esperemos.... me ha pasado muchas veces con mi papa, se le obstruyó la sonda, nos dicen espere que venga tal personal y no ayudan, de repente no es su campo, pero tampoco hay ganas de hacer las cosas...

F3: _A veces al cambiarlo de posición nosotros los familiares lo hacemos con mucho cuidado y ellos son muy bruscos mi familiar tiene lesiones en los brazos...algunas enfermeras los levantan sin cuidado...deberían tener un poco más de cuidado y evitar esas dolencias y más lesiones,

F9: Bueno decirles pues que yo vengo mucho tiempo conozco aquí el hospital, agradezco a muchos profesionales que son tan buena gente ponen de su parte y como no también algunos son creídos y coléricos... no debe ser así, la gente que estudia debe ser más noble que la gente del campo...

Así como los familiares, nos narraban su percepción sobre el cuidado de enfermería estaba lleno de preocupación y cariño, también pudimos encontrar testimonios sobre actitudes negativas de algunos enfermeros, que son rudos en su trato con el paciente o con ellos, no brindan información cuando es solicitada, están de mal humor, tienen poca tolerancia y se muestran indiferentes ante la situación de enfermedad a veces grave de los pacientes.

El modo biopasivo de ser con el paciente, según Roach, citado por Waldow, ocurre cuando no existe interés y cuando una persona no provoca ningún efecto en la energía vital del otro. Ese modo de ser dice más respecto a una falta de iniciativa positiva o de cuidado que a la presencia de algo destructivo. Aunque no llegue a causar un efecto real en la vida del otro, a veces crea un sentimiento de soledad, de ausencia de contacto. Los pacientes refieren una visible desatención para con ellos, de parte de las enfermeras, que demuestran mucha preocupación por las rutinas y tareas que deben desempeñar. No existe ningún compromiso en este modo de cuidar (20). Al parecer algunos profesionales de enfermería optan por este comportamiento, creando incomodidad y preocupación en los familiares que pueden identificar una actitud violenta de parte de estos profesionales.

Subcategoría 03: El cuidado limitado por el tiempo y número de pacientes

En emergencia, el tiempo tiene fundamental importancia en las relaciones establecidas, ya que por un lado el paciente exige que sus necesidades sean atendidas prontamente y por otro los profesionales precisan atender las demandas del paciente, ser rápido e inmediato como preconizan las normas de la institución (7).

Los familiares nos dieron estos testimonios al respecto:

F3: Actualmente en emergencia he visto que hay muchas personas mayores y poco personal en este caso deben tener un poco más de cuidado...un había un señor que estaba mal no podía caminar, creo que todos merecemos una atención adecuada oportuna y sobre todo de calidad, pero si hay poco personal no se puede...

F9: _El cuidado de enfermería es regular porque los profesionales también no pueden alinearse con el enfermo o con el familiar porque son muchos los enfermos entonces están por un lado y por el otro lado y no se alcanzan,

F1: _Yo sé que ustedes no se van alcanzar para todos pero hay maneras de tratar a la gente, en ese momento que uno entra de emergencia con dolor se desespera creo que ustedes son parte fundamental para que nosotros poder estar más tranquilos...

F4: _El número de pacientes tan alto también he visto nos solo aquí sino en Chiclayo y en Lima, el poco espacio que hay un poco más lo ponen uno sobre otro, creo que eso no debe haber, yo veo aquí hay un espacio más para albergar a más pacientes más camas para nuestros enfermos una comodidad y eso hace que el personal no se abastezca y está corriendo de un lado para otro...

Los familiares reconocen el cuidado que reciben los enfermos, sin embargo, perciben que este cuidado puede cambiar por el elevado número de pacientes en estado grave que también requieren atención, desatendiendo a los pacientes ya en observación.

Para Waldow la presencia de la familia junto al paciente y su cariño son fundamentales, y el equipo debe estar atento, explicando, informando, otorgando apoyo, pues, es de gran ayuda por el crecimiento del ser cuidado. Si la familia no comprende bien la situación, si los miembros del equipo son indiferentes a sus sentimientos y necesidades, la familia, en lugar de ayudar, puede dificultar el producto de cuidar. Las familias ansiosas, en función de la gravedad de la situación del paciente, o las que no tienen suficiente información, a veces provocan reacciones negativas en el equipo de salud (24). Los familiares han percibido la demanda abrumadora de usuarios al servicio de emergencia, y reconocen que para brindar una atención de calidad se necesita más personal de enfermería, y también de infraestructura siendo ésta el mayor problema actualmente, ante esto la comunicación es importante en todo momento y el poder de la palabra es transcendental para la recuperación de la salud del paciente y la tranquilidad de los mismos.

Subcategoría 04: La información a la familia pieza clave del cuidado

Según Vidal R, Una comunicación plenamente humana entre enfermera-paciente y familia requiere tiempo, incluye información, comunicación, comprensión y trato digno; sin

embargo, para algunos profesionales su desempeño laboral podría significar la realización de procedimientos, sin importar lo que siente o necesita el paciente. Se señala que la enfermera en ocasiones emplea el lenguaje verbal técnico, establece contactos físicos breves y no planificados basados en el cuidado físico y tecnológico sin considerar las emociones (25).

Estos son los discursos de los familiares en esta subcategoría:

F1: *_Necesitamos paciencia con nosotros... queremos saber cómo está que nos informen para estar tranquilos... a los pacientes darles tranquilidad, más buena somos seres humanos a todos nos sucede que vamos a tener necesidad de un enfermero un médico.*

F3: *_Me gustaría que los enfermeros tengan un poco de conocimiento para darnos información porque a veces preguntamos y nos dicen no!!! de una forma un poco grosera, nos deben informar de nuestro paciente porque afuera estamos todos esperando una noticia de su salud...*

F2: *_Creo deben estar más involucradas en su trabajo, preguntamos sobre nuestro paciente y nos dicen señora ya lo hemos informado, creo que como ellas están al cuidado constante de nuestro enfermo, deberían darnos más información, en el caso de mi mamá uno de los enfermeros nos decía que tenía una lesión en el brazo, saben porque están constante con ellos algo mas que los doctores, por eso las enfermeras deben tener un poco más de criterio para informar y decirnos este tipo de cosas...*

F7: *_Cuando nos informan los médicos o enfermeras sobre el paciente como está avanzando la recuperación del paciente eso nos favorece nos pone más tranquilos porque como padres estamos preocupados por su salud quisiéramos de la noche a la mañana verlos sanos, debemos tener paciencia también nosotros pero hay gente que no entiende vienen del campo y están desesperados.*

F9: *_Tener más interés de ubicar al familiar porque llegamos un poco locos desesperados queremos que nos digan...que nos informen, porque afuera estamos desesperados por verlos a los pacientes, queremos que tengan un poco más de paciencia y nos informen eso es lo que se quiere que nos informen...*

Según sus discursos los familiares perciben que el personal les brinda poca información o ninguna, ellos exigen más información, más paciencia, trato amable, en el servicio de emergencia no hay un horario de visitas y el médico generalmente informa una vez durante el día a un solo familiar para que este comunique a todos los interesados, pese a la información recibida llegan familiares a solicitar información del mismo paciente, y cuando es negado surgen discrepancias sobre la atención, ya que sólo el médico es el personal autorizado para dar información sobre la patología y evolución del paciente.

Al respecto Casildo D. afirma que en la relación enfermera-paciente, la comunicación representa una necesidad del paciente y de la familia, al mismo tiempo permite al paciente conocer su estado de salud y estar actualizado respecto a su enfermedad. Para esto es necesario la sensibilidad, la apertura y el altruismo, pero también la congruencia, que tiene que ver con la honestidad, con la percepción de realidad y con el apego a la verdad (6).

Para Waldow-2008, las expectativas, así como la motivación, están íntimamente relacionadas con el conocimiento de las experiencias previas del ser cuidado: con la salud, la enfermedad, la hospitalización y con los cuidadores. Estas pueden ayudar o dificultar el cuidado y conocerlas ayuda a reducir estados de ansiedad, miedo y angustia, en el caso de que hayan sido negativas. La serenidad, el buen humor, el cariño, la capacidad, entre otros factores, contribuyen a tener mejores expectativas y, como resultado, una mejor aceptación y colaboración hacia un restablecimiento más rápido (20).

La empatía según Campo, C, no consiste solo en entender al enfermo, sino en introducirnos en su percepción del mundo para captar su vivencia. Tampoco debemos confundir la empatía como técnica con la empatía como actitud (9). Para llegar a dicha empatía es necesario comenzar por identificarnos con la persona, con sus sentimientos y emociones, a través de la comunicación, desde el primer momento de la relación empática, el centro es el paciente.

CONSIDERACIONES FINALES

Luego del análisis de los discursos de los pacientes y familiares se ha llegado a las siguientes consideraciones finales:

Los pacientes identifican amabilidad y calidez en el cuidado de enfermería, así como paciencia que se traduce en tranquilidad para el paciente de igual forma los familiares identifican también preocupación y amabilidad en el contacto con el enfermo que es muy valorado y agradecido.

La información implica tranquilidad tanto en los pacientes y familiares; ya sea del tratamiento farmacológico, procedimiento y resultados de laboratorio, así mismo los familiares refieren impaciencia y trato poco amable cuando solicitan información al enfermero más de una vez. De otro lado la preocupación de la enfermera es para los pacientes sinónimo de consideración por brindar un tratamiento rápido cuando se presenta dolor, por ejemplo.

Así mismo los familiares han identificado actitudes negativas en el enfermero de emergencia como impaciencia e intolerancia. Finalmente, el elevado número de pacientes es para los familiares el motivo de que el enfermero no brinde un cuidado adecuado y esperado.

RECOMENDACIONES

A la Universidad Nacional de Cajamarca:

- ✓ Promover el planteamiento y ejecución de estudios de investigación con enfoque cualitativo para profundizar más sobre el cuidado al usuario del servicio de emergencia, desde diferentes perspectivas, en distintos escenarios y desde diferentes miradas: usuario, familias, gerentes del cuidado, el cual contribuirá a seguir avanzando en el mejoramiento del cuerpo de conocimientos y la práctica en enfermería.
- ✓ Fomentar la investigación cualitativa, considerando como sujeto de investigación, a las enfermeras desde las distintas áreas de trabajo en que se encuentren, para conocer y comprender a éstos seres humanos, que también necesitan ser escuchados y comprendidos y no solo, ser evaluados por la calidad de cuidados que brindan.
- ✓ Diseñar perfiles basados en competencias cognitivas, procedimentales y actitudinales, en busca de la formación de profesionales idóneos y capacitados que demuestren habilidades técnicas, comunicativas, de interrelación y sensibilidad cultural, en su labor diaria, propias del cuidado humanizado.

A la Jefa de Enfermeras del Servicio de Emergencia:

- ✓ Promover espacios de reuniones académicas, quincenales o mensuales, convocando enfermeros asistenciales, estudiantes y profesores a participar de reuniones permanentes de reflexión sobre el ser y el hacer del profesional de enfermería en el servicio de emergencia, asumiendo posturas teóricas y críticas con la finalidad de reforzar la comprensión del ser de la enfermería y convertir el cuidado en núcleo central de la profesión.
- ✓ Promover la participación en redes nacionales e internacionales sobre el cuidado al usuario del servicio de emergencia.
- ✓ Fomentar en el personal de enfermería, un cuidado humanizado resaltando algunas actitudes como paciencia, amabilidad teniendo en cuenta que esto es muy importante y valorado por parte del paciente y familiar, evitando así actitudes negativas de algunos enfermeros.

A las Enfermeras Asistenciales:

- ✓ Participar en la actualización de los programas de capacitación permanente, según necesidades de perfeccionamiento: cuidado humanizado de enfermería.
- ✓ Que las enfermeras vivan las experiencias del cuidado humanizado, guiando su quehacer a los pacientes basado en sus propias particularidades y singularidades.
- ✓ Implantar en su labor diaria, espacios de reflexión, sobre: valores como el respeto a la autonomía, derecho a la asistencia humanizada, presentación de casos, que ayudaran a mejorar la calidad de su práctica profesional y elevar su satisfacción personal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Waldow R. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis: Vozes, 2010 (Programa do Livro-Texto).
2. Leininger M (ed.). Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: NLN, 1991.
3. Pires MRGM. Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a enfermagem: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2005; 13(5):729-36.
4. Lévinas, E. (2012). Totalidad e infinito, Sígueme. Salamanca (2012).
5. Marriner, A. y Raile, M. (2011). Jean Watson: Filosofía y Ciencia del Cuidado. Modelos y Teorías en Enfermería. Séptima Edición. Editorial Elsevier. Madrid.
6. Casildo D, “Percepción del familiar acompañante sobre el cuidado que brinda la Enfermera en el servicio de emergencia”. Informe de tesis para obtener el grado de doctora en ciencias de enfermería, Lima 2016.
7. Fernández B, Morillo J. Atención Enfermera en Urgencias y Emergencias. intervención rápida de Enfermería en situaciones urgentes. Madrid: Editorial Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2001. Primera edición: año 2004.
8. Merleau y Ponty M. Percepción del ser humano1 2005. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/archivostgi/tgi-2011/tgi115c.pdf> (último acceso 05 de enero del 2018).
9. Campo, M. Cotrina, G. Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica. *Enferm. glob.* [revista en la Internet]. 2011 Oct [citado 2012 Abr 15]; 10(24): Disponible en:
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16956141201100040009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16956141201100040009&lng=es)
<http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000400009>.
10. Sánchez M, “Cotidiano de la Enfermera en el cuidado al usuario del servicio de Emergencia”, tesis para optar el Grado de Maestra en salud pública con mención en Gerencia y Políticas publicas Universidad Nacional de Trujillo Escuela de Postgrado - 2016 publicado en:

<http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/unitru/3210/tesis%20maestria%20melissa%20giovanna%20s%c3%81nchez%20ticona%20.pdf?sequence=1>

11. Ceron, P. Aspectos presentes en la comunicación de la enfermera con el familiar del paciente hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo. Bogotá 2008. Disponible en: <https://docplayer.es/17755831-Universidad-catolica-santo-toribio-de-mogrovejo.html>
12. Montoya V. Relación enfermera – Familiar en la unidad de cuidados intensivosEsSalud. (Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería) Chiclayo USAT 2008.
13. Hernandez P. Los enfoques cuantitativo y cualitativo en la investigación científica. 5th ed. Mexico; Editorial: McGraw-Hill / S.A 2014.
14. Tello C. La investigación cualitativa: aportes para su operacionalización. Perú: Universidad Nacional de Trujillo. Facultad de Enfermería., Trujillo; 2004.
15. Minayo, M. la artesanía de la investigación cualitativa, Buenos Aires 2009.
16. Cáceres, M., García, R., Fuentes de rigor en la investigación cualitativa (documento on-line [Última consulta 5/10/2010]). Disponible en: https://www.infor.uva.es/~amartine/MASUP/B32_Rigor_Cualitativa_Transparencias (último acceso 08 de marzo 2018).
17. Waldow, R. Cuidado Humano, rescate necesario. Porto Alegre. Editorial Sagra Luzzato. Brasil. 1998.
18. Colliere, M.. Promover a Vida. Segunda Edición. Edt. LIDER. Lisboa 1999.
19. Boff. L. el cuidado esencial. Ética de lo humano – compasión por la tierra. Editorial Trotta, S.A. Madrid 2002.
20. Waldow, R. Cuidar: expresión humanizadora de la enfermera Nueva Palabra. 1era edición. Traducción. Daniel Ferrero y Estela Juen. México. 2008
21. MINSA Reglamento de la Ley n° 29414, ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. Disponible en: http://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/02cns/web/productos/Reglamento_Ley-29414.pdf
22. Waldow, R. Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar. A enfermagem entre a escola e a prática profissional. Editora artes médicas. Sul Ltda. Porto Alegre. Brasil 1995.
23. Eriksen, L, Waltz, C. & Strickland, O. Measurement of nursing outcomes. (1988). Springer Publishing Company, New York.

24. Waldow, R. Cuidado de Enfermería. Reflexiones entre dos orillas. Fundacion Index. 1era. Edicon. España 2014.
25. Vidal, R. Adamuz, J. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera Enferm Glob., 8 (3) (2009).

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO: CUIDADO DE ENFERMERÍA DESDE LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE Y FAMILIA SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA, 2018.

OBJETIVO: Develar y analizar la percepción del paciente y familia sobre el cuidado de enfermería. Servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Cajamarca, 2018.

Yo, María Julia Huatay Soto, estudiante de la segunda especialidad en: Enfermería en cuidados críticos emergencias y Desastres de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca, que estoy realizando la investigación denominada “Cuidado de enfermería desde la percepción del paciente y familia servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Cajamarca 2018”, como tesis previa a la obtención de título de Lic. Esp. en Enfermería en cuidados críticos emergencias y desastres; solicitamos a usted su colaboración en el desarrollo del presente trabajo. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Riesgo del Estudio: la participación en la presente investigación no implica riesgo alguno.

Yo.....con número de DNI de N°.....
he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Acepto la participación en este estudio de investigación.

Firma del Voluntario

Fecha:

ANEXO 02

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CUESTIONARIO SEMIESTRUCTURADO PARA PACIENTES

FECHA:

PSEUDÓNIMO:

EDAD:

OCUPACIÓN:

SEXO:

1. ¿Cómo es el cuidado de enfermería que usted recibe?
2. ¿Cómo debería ser el cuidado de enfermería que usted recibiera?

ANEXO 03

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CUESTIONARIO SEMIESTRUCTURADO PARA FAMILIARES

FECHA:

PSEUDÓNIMO:

EDAD:

OCUPACIÓN:

SEXO:

1. ¿Cómo es el cuidado de enfermería que recibe su familiar enfermo/lesionado?
2. ¿Cómo debería ser el cuidado de enfermería que le brindan a su familiar enfermo/lesionado?

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
"NORTE DE LA UNIVERSIDAD PERUANA"
Av. Atahualpa N°1050

Repositorio Digital Institucional

Formulario de Autorización

1. Datos del autor:

Nombres y Apellidos: María Julia Huntay Soto
DNI/Otros N°: 43907317
Correo Electrónico: maju_28_7@hotmail.com
Teléfono: 947229000

2. Grado, título o Especialidad

Bachiller Título Magister
 Doctor

Segunda Especialidad Profesional

3. Tipo de Investigación¹:

Tesis Trabajo Académico Trabajo de Investigación
 Trabajo de Suficiencia profesional

Título: CUIDADO DE ENFERMERÍA DESDE LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE
Y FAMILIA SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL CAJAMARCA
Asesor: DAB. GRENÉ YUPANQUI VÁSQUEZ
Año: 2018
Escuela académica/Unidad ENFERMERÍA

4. Licencias:

a) Licencia Estándar:

Bajo los siguientes términos autorizo el depósito de mi trabajo de Investigación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Nacional de Cajamarca.

¹ Tipos de Investigación

Tesis: para título profesional, Maestría, Doctorado y Programas de Segunda Especialidad

Trabajo Académico: Para Programas de Segunda Especialidad

Trabajo de Investigación: para bachiller y Maestría

Trabajo de Suficiencia Profesional: Proyecto Profesional, Informe de Experiencia Profesional

Con la autorización de depósito de mi trabajo de investigación, otorgo a la Universidad Nacional de Cajamarca una Licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi trabajo de investigación, en forma físico o digital en cualquier medio, conocido por conocer, a través de los diversos servicios provistos de la universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de la UNC, colección de Tesis, entre otros, en el Perú y en el extranjero, por el tiempo y veces que considere necesarias, y libre de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Nacional de Cajamarca podrá reproducir mi trabajo de investigación en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad y respaldo y preservación.

Declaro que el trabajo de investigación es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad comparativa, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, así mismo, garantizó que dicho trabajo de investigación no infringe derechos de autor de terceras personas. La Universidad Nacional de Cajamarca consignará en nombre del/los autores/re del trabajo de investigación, y no lo hará ninguna modificación más que la permitida en la presente licencia.

Autorizo el depósito (marque con un X)

Si, autorizo que se deposite inmediatamente.

Si, autorizo que se deposite a partir de la fecha (dd/mm/aa): _____

No autorizo

b) Licencias Creative Commons²:

Autorizo el depósito (marque con un X)

Si autorizo el uso comercial y las obras derivadas de mi trabajo de investigación.

No autorizo el uso comercial y tampoco las obras derivadas de mi trabajo de investigación.


Firma

05 / 08 / 2021
Fecha

² Licencias Creative Commons: Las licencias creative commons sobre su trabajo de investigación, mantiene la titularidad de los derechos de autor de ésta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de ésta, siempre y cuando reconozcan la autoría correspondiente. Todas las Licencias Creative Commons son de ámbito mundial. Emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales. En consecuencia, goza de una eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.