



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE POST GRADO

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

**PERCEPCIÓN Y EXPECTATIVAS DE LAS MADRES DEL
RECIÉN NACIDO SOBRE EL CUIDADO DE
ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA
DE HOSPITAL PÚBLICO- SULLANA, 2016**

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

AUTORA:

Lic. ANA CERDÁN VARGAS

ASESORA:

Mgr. SONIA ALEIDA RUBIO RUBIO

PIURA - PERÚ

2017

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Dra. Nelly Teresa Condor Heredia

Presidente

Dra. Juana Rene Aranda Sánchez

Miembro

Mgtr. Nancy Patricia Mendoza Giusti

Miembro

Mgtr. Sonia Aleida Rubio Rubio

Asesora

DEDICATORIA

A Dios, por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque me dio fuerzas y lograr hacer realidad el sueño anhelado.

A mi padre; Esposo, hijas y mi querido nieto. Porque me dan el apoyo necesario para seguir adelante, prosperar como una buena profesional y ser ejemplo a seguir ya que siempre hay algo que aprender.

ANA

AGRADECIMIENTO

A Mgtr. Sonia Rubio por su asesoramiento, dedicación y apoyo constante para poder hacer realidad este informe de tesis.

A las madres atendidas que hicieron posible realizar esta investigación, en calidad de entrevistados.

A mis docentes de Post Grado quienes brindaron sus conocimientos, experiencias, asesoría y amistad, para guiarme por el camino del éxito.

ANA

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la percepción y expectativas de las madres sobre el cuidado de enfermería en el servicio de Neonatología de Hospital Público-Sullana, 2016. La investigación fue respaldada por la teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson. La investigación se caracteriza por ser un estudio de naturaleza cualitativa, se utilizó el método de historia de vida, los sujetos de la investigación fueron siete madres, las cuales voluntariamente aceptaron participar. Surgieron 03 categorías temáticas: Características de la enfermera, relaciones interpersonales y percepción de la calidad del cuidado: Se concluyó que las madres entrevistadas manifiestan que el cuidado de enfermería al recién nacido hospitalizados demanda capacitación y habilidades de parte del profesional de enfermería. Se identificó que las madres comparan el trato que les brinda el personal de enfermería con la dedicación y el afecto. Las madres evidencian la relación de ayuda y confianza óptima, toda vez que el recién nacido requiere cuidados especiales desde una forma holística, siente cuando la enfermera muestra seguridad, influye positivamente en la recuperación de su salud. La falta de sensibilidad del personal de enfermería hacia la madre y el recién nacido, la indiferencia a sus sentimientos ya que no las involucran en su cuidado, demora cuando tienen que atenderlo, se molesta cuando solicitó algo respecto a su bebé , teniendo desconfianza para expresar lo que siente. Las expectativas de las madres de recién nacidos hospitalizados, según sus experiencias manifestaron parcialmente satisfacción de la atención brindada por las enfermeras.

Palabras claves: Cuidado de enfermería, percepción, paciente, Neonatología

SUMMARY

This research aims to determine the perception and the mothers' expectations on the care about nursing in the Neonatology hospital public 's service Sullana, 2016. The research was supported by Jean Watson's theory about transpersonal care. The research is characterized by being a qualitative study, the life history method was used, and the investigation's subjects were seven mothers, who voluntarily agreed to participate. The following categories emerged: Nurses' characteristics, interpersonal relationships and quality's perception of care: It was concluded that: The Mothers interviewed stated that nursing care for hospitalized newborns demands training and skills from the nursing professional. It was identified that the mothers compare the treatment that the nursing staff gives them with dedication and affection. Mothers show the relationship of help and optimum trust since the newborn requires special care in a holistic way, feels when the nurse shows safety, positively influences the recovery of their health. The lack of sensitivity of nurses to the mother and the newborn, indifference to their feelings and not involving them in their care, delay when they have to attend, is upset when asked for something about their baby being distrusted to express it what do you feel. The research allowed to know the mothers' expectations newborns'hospitalized, according to their experiences expressed partially satisfaction about the care provided by the nurses.

Key words: Nursing care, perception, patient, Neonatology

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Resumen	vii
Summary	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
Problematización e importancia.....	1
Objeto de estudio.....	4
Pregunta norteadora.....	4
Objetivos del estudio.....	4
Justificación y relevancia del estudio.....	4
II. REFERENCIAL TEÓRICO CONCEPTUAL	6
2.1 Antecedentes.....	6
2.2 Referencial teórico.....	10
III. METODOLOGÍA	15
3.1 Tipo de investigación	15
3.2 Método de investigación.....	15
3.3 Sujetos de la investigación.....	21
3.4 Escenario de estudio.....	22
3.5 Procedimiento de recolección de datos cualitativos:	23
- Técnicas de recolección de datos.....	23
- Procesamiento de datos.....	30
3.6 Consideraciones éticas y de rigor científico	33
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	36
4.1 Presentación de resultados.....	36
4.2 Análisis y discusión de resultados.....	36
V. CONSIDERACIONES FINALES	48
Referencias bibliográficas	50
Anexos	57

I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, las principales causas de mortalidad de los recién nacidos son los problemas derivados del nacimiento prematuro, las complicaciones durante el parto y las infecciones adquiridas por el recién nacido durante o después del nacimiento. Las tasas de mortalidad neonatal en Europa varían entre los distintos países, oscilando entre el 1,2 por 1.000 de nacidos vivos en Islandia al 4,5 en Malta y 5,5 en Rumania, experimentando la mayoría de los países descensos en sus tasas de mortalidad neonatal (con un valor medio del 24%). Los mayores descensos se han encontrado en los países que contaban con mayores tasas de mortalidad, aunque algunos países (Eslovenia, Finlandia y Austria, por ejemplo) con una menor mortalidad también han mostrado importantes mejoras continuas. Alrededor del 40% de todas las muertes neonatales se debieron a bebés nacidos antes de las 28 semanas de edad gestacional (1).

En el año 2016, según OMS, los fallecimientos de recién nacidos, o neonatos, constituyen el 45% de los fallecimientos de niños menores de cinco años. La mayoría de los fallecimientos de neonatos (el 75%) se produce durante la primera semana de vida, y de éstos entre el 25% y el 45% se producen en las primeras 24 horas (2).

La calidad de atención está considerada para su implementación y garantía dentro de los lineamientos del MINSA y el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) con un fundamento que direcciona a los profesionales de salud al momento de brindar atención al paciente que acude para ser atendido en algún establecimiento de salud, calidad que consiste en la aplicación de principios bioéticos como la justicia, la equidad, así como la preparación técnica adecuada y contar con los recursos necesarios, etc (3).

Para Watson el cuidado humano depende del compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana; así como, el más profundo y/o más alto yo, más allá de la situación de salud. El cuidado es una ocasión en la que la enfermera y otra persona se conectan para el cuidado humano con un punto de contacto en un tiempo y espacio determinado (3).

Donabedian, define la calidad de la atención médica como la atención que depende tanto de la percepción como del conocimiento, y se basa tanto en las percepciones del paciente y familiar como en la síntesis exacta de las observaciones de la medicina moderna (4).

Lo cierto es que las urgencias tienen difícil no constituir un punto de referencia básico y crítico para el Sistema Nacional de Salud (SNS). La propia definición que la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace de la urgencia aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia, permite comprender que buena parte del flujo de acceso a estos servicios no sea controlable por la organización pues depende en última instancia de percepciones subjetivas de los usuarios o de las personas cercanas a ellos (5).

El análisis de situación proporciona evidencia de la importancia de abordar las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo como los problemas de salud mental, los accidentes de tránsito, y los problemas de salud ambiental. Los sistemas de salud débiles son un obstáculo que resulta en deficiencias de cobertura universal en salud y la preparación inadecuada para emergencias de salud (6).

El periodo neonatal, comprendido entre el momento del nacimiento y los primeros 28 días de edad, es la etapa más vulnerable de la vida del ser humano. En esta se dan los mayores riesgos para su sobrevivencia; muerte, enfermedades, complicaciones, secuelas. Ello será un factor decisivo en la calidad de vida del individuo, en su desarrollo físico, neurológico y mental, condicionando su futuro. La oportunidad de

supervivencia del recién nacido está influenciada por factores maternos, ambientales, sociales, genéticos, así como la oportunidad y calidad de la atención médica recibida. La mortalidad neonatal es un indicador que evidencia el nivel de desarrollo que tiene la atención prenatal y del recién nacido en una determinada área geográfica o en un servicio. La mortalidad neonatal se redujo en 67% en los últimos 20 años, sin embargo, la proporción de la mortalidad neonatal frente a la mortalidad infantil se mantiene estacionaria en el tiempo; actualmente la mortalidad neonatal representa el 52.9% de la mortalidad infantil, frente al 49% que tenía en 1992(7).

El Hospital II-2 Sullana es parte integrante de la Sub Región de Salud Luciano Castillo Colonna, como Hospital de referencia Nivel II-2. Para el año 2015 la población estimada por edades asignada a la Provincia de Sullana es de 317,575 habitantes, población que se distribuye en los 8 distritos circundantes, y que representa el 39.01% de la población de Piura. De las provincias aledañas, la mayor concentración de población está en Piura con 17.92%, Talara en un 16.30%, Paita con 15.50% y Ayabaca con 11.27% (8).

Como primera causa de morbilidad en el servicio de Neonatología es la Sepsis Bacteriana del Recién Nacido, no especificada; siendo el 33,90% de los 767 egresos durante el año 2016 en el servicio; seguido de Otros Trastornos Neonatales Transitorios de la Coagulación con 127 egresos, es decir, el 16,56% del total; Ictericia neonatal no especificada con 12,52% ;Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido en un 6,39%; Incompatibilidad ABO del feto y del recién nacido en un 2,48%; Otros recién nacidos pre término en 2,22%; Taquipnea transitoria del recién nacido con 1,96%; Trastorno metabólico transitorio del recién nacido con 1,83%; Otro peso bajo al nacer con 1,43%; Ictericia neonatal debida a infección con 1,17%; Otros diagnosticos 19,56%. En cuanto a causa principal de muerte, las condiciones asociadas a prematurez constituyeron la razón más frecuente (8).

A partir de esa problemática se definió como **objeto de estudio** la percepción y expectativas de las madres de recién nacidos sobre el cuidado de enfermería en el servicio de Neonatología del Hospital II-2 Sullana, 2016.

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

- ¿Cuál es la percepción de las madres de recién nacidos sobre el cuidado de enfermería en el servicio de neonatología del Hospital II-2 Sullana?
- ¿Qué expectativas presentan las madres de recién nacidos sobre el cuidado de enfermería en el servicio de neonatología del Hospital II-2 Sullana?

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

- Identificar la percepción y expectativas de las madres de recién nacidos sobre el cuidado de enfermería en el servicio de neonatología del Hospital II-2 Sullana.
- Analizar la percepción y expectativas de las madres de recién nacidos sobre el cuidado de enfermería en el servicio de neonatología del Hospital II-2 Sullana.

Este estudio se **justifica** porque nos permite profundizar en la comprensión de la problemática de las madres que acuden al servicio de Neonatología que, en la mayoría de las situaciones, pasan desapercibidas por el profesional de salud implicando o no en la calidad del cuidado de enfermería. Es **relevante** porque ofrece bases tanto en la parte asistencial como en la docencia de enfermería para mejorar la atención a estos usuarios.

El estudio contribuye también, con bases para mejorar la enseñanza de enfermería tanto a nivel de pre-grado, como de post-grado “lato sensu” y “stricto sensu”, toda vez que la percepción de las madres de neonatos hospitalizados podrá presentar aspectos que no están siendo valorizados en la formación del profesional de enfermería, con serias implicaciones en la calidad de la atención y en la gestión de

los servicios. Además, las necesidades de las madres, explícitas por ellas mismas, propician la planeación de una atención de enfermería a partir de las necesidades reales de las usuarias. Como consecuencia, las acciones de intervención calificarán los cuidados deseados por las madres que acuden al servicio de neonatología en la solución de los problemas de salud de sus hijos.

II REFERENCIAL TEÓRICO - CONCEPTUAL

2.1 Antecedentes

Investigación actual en el ámbito extranjero

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la investigación:

Capdevila, E et al (9) presentaron el estudio titulado: “Valoración de la satisfacción de los padres en una unidad neonatal”, el 2012, en España, con el objetivo de determinar cómo influye el nivel de gravedad de la patología sobre la satisfacción de los padres; comparar los resultados antes y después de un traslado de centro; aplicaron una encuesta de satisfacción a los padres de los neonatos ingresados a la Unidad Neonatal, recogieron datos de 87 de los padres de los recién nacidos ingresados en 10 meses, distribuidos en 2 categorías según gravedad. Valoraron la satisfacción de los padres sobre aspectos humanos y físicos en la Unidad Neonatal, también valoraron el impacto del traslado sobre la satisfacción; realizaron análisis estadísticos descriptivos y modelos multivariantes; algunas de las conclusiones fueron que los padres de niños graves valoran la accesibilidad y son críticos con la comodidad. El horario de entrada de los padres y la ausencia de luz y ruido son predictores significativos de satisfacción en niños con estancias prolongadas. La percepción del acceso a la información empeoró con el traslado, probablemente por falta de adaptación al medio”.

Portillo, R (10) en su tesis titulada: Percepción materna de los comportamientos del cuidado de enfermería ofrecido a los recién nacidos internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal de una ESE de la ciudad de Barranquilla. 2014. Se empleó una metodología de tipo descriptivo-cuantitativo, con una muestra de 150 madres; se utilizó el instrumento “Inventario de comportamiento de cuidado de enfermería” Los resultados permitieron identificar que la percepción de las madres

sobre los comportamientos de cuidados de enfermería que estas les brindan a sus hijos y relacionados con la honestidad, respaldo, tiempo, amabilidad, preparación, habilidad y experiencia de las enfermeras en el cuidado de los neonatos, están presentes; sin embargo, comportamientos como dar esperanza acerca de la situación del neonato, llamarlos por sus nombres, mostrar sensibilidad hacia el neonato, responder con rapidez frente al llamado, el contar con los padres para la planeación del cuidado de los neonatos no están presentes en la cotidianidad del cuidado neonatal. En conclusión, el desarrollo de la investigación permitió identificar que las madres perciben que las enfermeras tienen la competencia profesional para la asistencia del cuidado del neonato, mas no todas identifican la totalidad de los comportamientos del cuidado humano.

Ruales M, Ortiz T (11), realiza el estudio titulado: La calidad de atención de enfermería relacionado con el grado de satisfacción de las madres de los neonatos del Hospital Carlos Andrade Marín en Quito - Ecuador 2015, cuya muestra correspondió a 45 usuarias. Se midió la variable de Calidad de Atención de Enfermería con base al modelo de Avedis Donabedian que establece un análisis de la calidad en las modalidades de: estructura, proceso y resultado. De cada modalidad se estableció indicadores, mediante encuesta a las madres. Se comprobó la hipótesis de trabajo que califica de alta calidad de atención de enfermería a los neonatos. Se rechazó la hipótesis alternativa, que califica de baja calidad de atención de enfermería proporcionada a los neonatos, al considerar que las madres de los neonatos se sintieron satisfechas con la calidad de atención de enfermería que recibieron. En los indicadores de estructura, proceso y resultados se obtuvo una evaluación por parte de las encuestadas de “bueno-excelente”. Validada esta información en “la modalidad de estructura” con una encuesta a la enfermera supervisora del servicio y una observación por parte de las investigadoras en las tres dimensiones.

Investigación actual en el ámbito nacional

Delgadillo D (12), en su estudio Satisfacción de la madre del recién nacido hospitalizado sobre la calidad del cuidado del profesional de enfermería en el servicio de neonatología del instituto nacional materno perinatal-2013. La muestra fue obtenida mediante el muestreo probabilístico de proporción para poblaciones finitas conformado por 33 madres. La técnica fue la entrevista y el instrumento un formulario tipo Likert, que se aplicó previo consentimiento informado. Resultados. Del 100%(33), 61%(20) tienen satisfacción media, 21%(7) alta y 18%(6) baja; en la dimensión Técnico-Científica, 61%(20) tienen satisfacción media; en la dimensión Humana 46%(15) tienen satisfacción media, en la dimensión Entorno 70%(23) tienen satisfacción media. Conclusiones. La mayoría de las madres tienen satisfacción media a alta, referida a que algunas veces la enfermera se demora cuando tiene que atender al bebé, frecuentemente sintió que influyó positivamente en la salud de su bebé y aprecian que las instalaciones están adecuadamente distribuidas, son modernas y limpias, sienten comodidad en el área que se extraen leche y que su bebé se mantuvo protegido por nidos de contención y cunetas apropiadas. Se pudo detectar satisfacción baja ya que muy pocas veces se identificó y la saludó por su nombre, algunas veces cuando le informó utilizó un lenguaje difícil de entender y a veces estuvo dispuesta a atenderla en lo que le solicitaba.

Medina, D (13), en su estudio titulado: Nivel de satisfacción de las madres del recién nacido hacia los cuidados de Enfermería en el servicio de neonatología de una Clínica privada. Metodología: de enfoque cuantitativo de diseño no experimental, de corte transversal. Realizado en una muestra de 113 madres seleccionadas con muestreo no probabilístico –por conveniencia, quienes estuvieron en su tercer día de internamiento por parto Distócico. Se aplicó un cuestionario estructurado y se hizo uso de la escala de Estaninos para los niveles de Satisfacción en relación al cuidado (Alto, medio y bajo) y según dimensiones (Técnico, Humano y Entorno)

Resultados: El 27% de las madres tiene satisfacción Alta, 54% satisfacción media y 19% presentó satisfacción baja. Según la dimensión Técnica 59% de las madres presentaron satisfacción media, 24% baja y 17% alta. En la Dimensión Humana 68% presentó media, 14% baja y 18% alta. En la Dimensión Entorno 80% presentó satisfacción media y 20% satisfacción baja. Conclusiones: El nivel de satisfacción de las madres de los recién nacidos fue principalmente Media seguido de Alta. Dimensión Técnica – Científica fue media seguida de Alta, Dimensión Humana fue medio seguido de Alta y en la Dimensión del Entorno fue Medio seguido de Baja.

Narro J, Orbegoso D (14), en su tesis titulada: Percepción del cuidado humanizado de enfermería y nivel de estrés de las madres del neonato prematuro hospitalizado. Hospital Belén -Trujillo 2016. de tipo descriptiva correlacional, se realizó con el propósito de determinar la relación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería y su nivel de estrés de las madres del neonato prematuro hospitalizado Hospital Belén. La población de estudio estuvo conformada por 77 madres de neonatos prematuros. Se aplicaron dos instrumentos: uno para identificar la percepción del cuidado humanizado de enfermería y el segundo para identificar el nivel de estrés de la madre del neonato prematuro. Se encontró que el 61 % de madres tienen nivel de estrés moderado y el 39 % nivel de estrés alto. En relación a la percepción del cuidado humanizado de enfermería el 66% de madres de neonatos prematuros no percibe cuidado humanizado y el 34% si percibe cuidado humanizado de enfermería.

Investigación actual en el ámbito local

Viera R. (15), realizó una investigación titulada: Factores Socioculturales que influyen la práctica de la lactancia en madres primíparas en el centro de salud de Tacalá. Diciembre 2005 – Febrero 2006, cuyo objetivo fue determinar los factores socioculturales que influyen en la práctica de la lactancia en madres primíparas que acudieron al centro de salud Tacalá

Diciembre 2005 – Febrero 2006; su muestra fue de 69 madres primíparas. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. La conclusión a las que llegaron fueron: “En relación a los factores socioculturales con el tipo de práctica se encontró el conocimiento y la ocupación influyen significativamente ($P < 0.05$) con el tipo de práctica de lactancia”.

Diaz B. (16) Historia de vida de las madres con recién nacidos hospitalizados frente a la lactancia materna – Piura, 2014. La percepción de las madres sobre el amamantamiento del niño hospitalizado se considera como un proceso difícil, cansado y estresado que exige dedicación y aprendizaje tanto para la mujer como del niño hospitalizado. Ninguna de las mujeres había tenido la experiencia de tener un bebé hospitalizado, tampoco habían conocido las especificaciones que giran en torno de la alimentación de estos pequeños hospitalizados. El proceso de la lactancia materna en la hospitalización se ve afectada muchas veces por déficit de conocimientos y otras que vienen de la mano como factores socioeconómicos, dañando los lazos familiares.

2.2 Referencial teórico

El presente trabajo de investigación estará respaldado teóricamente por la teoría de Watson “cuidado transpersonal”, quien define que el rol que enfermería dentro de las instituciones hospitalarias esta socialmente estructurado, adquiriendo las profesionales, una conducta institucionalizada. Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos (17).

Para Watson, la enfermería consiste en “conocimiento, pensamiento, valores, filosofía, compromiso y acción, con cierto grado de pasión”. Las enfermeras se interesan por entender la salud, la enfermedad, y la experiencia humana,

fomentar y restablecer la salud, y prevenir la enfermedad. Su teoría pide a las enfermeras que vayan más allá de los procedimientos, tareas y técnicas utilizadas en la práctica, acuñados como el “estado” de la enfermería, en contraposición a la “esencia” de la enfermería, lo que significa que los aspectos de la relación enfermera - paciente se traducen en un resultado terapéutico incluido en el proceso de cuidado transpersonal (17).

La concepción de calidad ha ido evolucionando en un primer momento el control de la calidad se basa en técnicas de inspección aplicadas a producción posteriormente nace el aseguramiento de la calidad que persigue garantizar un nivel continuo de la calidad del producto o servicio proporcionado finalmente se conoce como calidad total, un sistema de gestión empresarial íntimamente relacionado con la mejora continua de la calidad (18).

La calidad en salud se define como “el cambio en el estado de salud actual y futuro del paciente que puede atribuirse a la atención precedente en salud. Se determina por la accesibilidad a los servicios, la continuidad y la satisfacción de los clientes. Calidad también se refiere a las características para alcanzar la excelencia Donabedian en 1986 y Starfield en 1992, mencionados por Paganini en 1993, define el proceso como un conjunto de actividades que ocurren entre profesionales de salud y usuarios, como sería en el caso de enfermería: Por ejemplo, funciones del proceso de atención, relaciones interpersonales, método de organización de trabajo, conocimiento científico, habilidades y destrezas, características del personal de enfermería. Por último, los resultados de atención, se definen como los cambios en el estado de salud que pueden atribuirse a la atención recibida, incluyendo la satisfacción del paciente, capacidad funcional, eventos no deseables y procesos no deseables (18).

Servicio de Neonatología

Los servicios de neonatología deben reunir ciertas condiciones y organización para elevar la calidad de la atención al neonato, deben estar integrados por personal calificado y con experiencia, tener una buena localización en el área hospitalaria y estar provisto de una buena tecnología (19).

El papel de la enfermera en los servicios de neonatología, se ha desarrollado a medida que se ha incrementado la necesidad de los cuidados especializados en los neonatos de riesgo. El reconocimiento de la necesidad de ampliar las funciones de enfermería para responder a las demandas de los cuidados de salud de estos neonatos ha permitido que esta ocupe un gran espacio en esta especialidad. Para lograr los objetivos de enfermería en un servicio de neonatología, se debe disponer de un personal calificado y con excelente formación. La evolución óptima del paciente depende más de la observación constante del personal que del equipamiento y los monitores. Los detalles en el cuidado son los que muchas veces marcan la diferencia en los resultados obtenidos. Se debe contar con una buena cobertura de personal asistencial de enfermería para optimizar el cuidado del recién nacido (19).

Durante la atención de enfermería se presentan situaciones que implican derechos, deberes y obligaciones del profesional, tanto para sus pacientes, colegas y Sociedad en general. (20).

Corimayo L, Vilca C (21), afirman que, la gestión y la práctica del cuidado constituyen una díada in-disoluble que se retroalimentan continuamente. La enfermera que cuida, es la que más conoce sobre las necesidades del recién nacido y sus respuestas al tratamiento. Es la que puede evaluar la calidad de atención, producir mejoras en el cuidado, introducir nuevos productos o equipamiento que produzcan cambios, basados en la mejor evidencia

disponible. Para ello requiere motivación, conocimiento y orientación permanente. La enfermera gestora tiene una visión amplia de los procesos, conoce y analiza los resultados de la atención de enfermería, identifica las causas de los desvíos y propone acciones de mejora continua sustentados en lineamientos estratégicos. Es capaz de escuchar, transmitir, motivar y guiar al personal a su cargo en busca de mejores resultados.

La Misión de Enfermería en la Unidad es ofrecer la mejor calidad de cuidados al neonato y su familia, en forma oportuna y segura de acuerdo a protocolos consensuados, brindando información veraz y comprensible con personal comprometido, competente y respetuoso de la dignidad humana, predispuesto a la capacitación permanente, al trabajo en equipo y al uso racional de los recursos (21).

Luevano, S (22), refiere que tanto usuarios como enfermeras coinciden en identificar el buen cuidado de enfermería de acuerdo al grado en que se dan las siguientes características:

- 1) El involucramiento de la enfermera con el usuario.
- 2) El contacto físico.
- 3) La escucha.
- 4) Las vivencias compartidas.
- 5) El acompañamiento.
- 6) La información para el mejoramiento del autocuidado.
- 7) Ayudar a crecer como ser humano.
- 8) La preocupación por el bienestar y atención de las necesidades del otro.

El concepto **expectativo** en salud hace referencia a aquello que el paciente espera encontrar cuando acude a un servicio de salud. Expectativa según el Diccionario de La Real Academia Española se define como la esperanza de realizar o conseguir algo, la posibilidad razonable de que algo suceda. Desde un punto de vista filosófico, las expectativas están relacionadas con las

creencias, el modo de interpretar la realidad y la conducta depende de ellas
Las expectativas actúan desde dentro de las personas y modulan su relación
con el medio que les rodea (23).

III METODOLOGÍA

3.1. Tipo de investigación

La investigación se caracteriza por ser un estudio de naturaleza cualitativa, que según Ludke M, André E (24), es el tipo de estudio que “tiene un ambiente natural como su fuente directa de datos y el investigador como su principal instrumento, supone el contacto directo y prolongado del investigador con el ambiente y la situación que está siendo investigada”.

3.2. Método de investigación

Se utilizó el método de historia de vida, porque esta metodología permitió una aproximación mayor con las madres de recién nacido, presentando las experiencias y las definiciones vividas e interpretadas por ellas.

El método historia de vida consiste en solicitar a los sujetos de estudio contar su vida, es el modo como el individuo representa los aspectos de su pasado que considera relevantes para la situación actual (25).

Respecto al significado del término historia de vida, la lengua inglesa dispone de dos palabras para traducir el vocablo francés “histoire”, que son “story” e “history”. En 1970, el sociólogo Denzin propone la distinción de terminología como aclara Bertaux D. (26), Life Story, designa la historia de una vida de la persona que la vivió y la relata y Life History está reservada a los estudios de casos sobre una determinada persona, comprendiendo no solo su propia narración de vida, sino también todos los tipos de otros documentos como relatos médicos, relatos judiciales, pruebas psicológicas y testimonios de parientes. El primer abordaje fue la más apropiada para este estudio o sea comprende la narrativa de las madres del recién nacido.

Para Glat R. (25), el método historia de vida quita al investigador de su pedestal de “dueño del saber” porque valoriza lo que el sujeto tiene que decir sobre sí mismo, lo que él cree que sea importante sobre su vida. No es el investigador que tiene el control de la situación. Al contrario, todo el estudio es direccionado por el entrevistado, a partir de su visión de mundo, de cómo vivenció los hechos y cómo ellos interaccionan con el presente. Esa autora resalta qué es la subjetividad natural de la autobiografía que constituye la verdad de este género.

La diferencia fundamental del método historia de vida de otros abordajes es el respeto que el investigador tiene por la opinión del sujeto. El investigador acredita en el sujeto. Y este último no es visto como objeto pasivo de estudio. Al contrario, el investigador y el sujeto se complementan y modifican mutuamente en una relación dinámica e dialéctica (25).

Corroborando dicha aseveración, Camargo A. (27), afirma que las historias de vida representan la mejor manera de comprender la cultura “del lado de adentro” como un conjunto vivo, regido por la armonía intensa, no como un conjunto arbitrario de costumbres e instituciones, cuya realidad es apenas percibida; por eso cree que, en las historias de vida, lo que se pierde en confiabilidad estadística es ganado en fructífera interacción entre los datos empírico y las preposiciones teóricas.

Para Kohli M. (28), la construcción de una historia de vida no es una simple colección de hechos de la vida individual, más si auto-imagen estructural el modo por el cual el individuo representa aquellos aspectos de su pasado que son relevantes en la presente situación, quiere decir, es relevante en términos de intenciones por las cuales el guía sus acciones actuales.

Minayo M. (29), cita varios tipos de historia de vida, la completa que recubre todo el conjunto de experiencia vivida por una persona, un grupo o una institución; una historia de vida tópica que da énfasis a determinada

etapa o sector de la vida personal o de una organización; historia oral que generalmente focaliza acontecimientos específicos tales como fueron vivenciados por una persona o grupo social.

Camargo A. (27), considera que la historia de vida es bastante apropiada a estudios de situaciones sociales, que envuelven principalmente sigilo, tornando indispensable el conocimiento íntimo de los sujetos para hacer emerger tendencias oscuras que moldean la realidad social de diversas categorías.

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

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

Bertaux D. (26), define el método de historia de vida, como un procedimiento metodológico que utiliza la historia de una vida, narrada al entrevistador tal cual fue experimentada por el sujeto, llevando a la investigación a enfocar el punto de convergencia o divergencia de los seres humanos, en sus condiciones sociales, de la cultura y de la praxis, en el contexto de las relaciones socio-simbólica y de la dinámica histórica.

Para Camargo A. et al. (27), la historia de vida puede tener utilidades diversas como autobiografía, entrevista biográfica, historia de vida como

fuentes complementarias de investigación e historia de vida como soporte de pesquisa.

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

Rodríguez G, et al. (30), refiere que, utilizar la historia de vida como método, implica reconocer que la misma es una de las connotaciones del sentido común al lenguaje in-común. Para este autor, hablar de historia de vida presupone que la vida es una historia y que una vida es inseparablemente del conjunto de los eventos de una existencia individual concebida como una historia.

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

La utilización de la historia de vida según Chizzotti A. (31), fue introducido en el medio académico en 1920, en Chicago y fue desarrollado por Znaniescki, en Polonia, en la década de 60. Es muy utilizada en la sociología, antropología y psicología y en los últimos años ha sido muy utilizada en las investigaciones en las áreas de educación y enfermería. Cabe registrar que el método de historia de vida en el área de la salud fue utilizado por Glat (psicóloga brasilera, 1989 y 1993) con mujeres

deficientes mentales y con madres después del parto, en estudios de maestría y doctorado.

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

AÑO	AUTOR	TÉMATICA	TIPO
1995	SANTOS, R. S.	La maternidad de niños especiales.	Tesis de doctorado
1995	HUMEREZ	La atención brindada al paciente con enfermedad, Teniendo la experiencia de vida de los propios sujetos.	Tesis de doctorado
1996	SILVA, M. G. A. A.	El paciente renal crónico y su adaptación a la nueva condición de vida.	Disertación de maestría
1997	ASSAD, L. G.	La actuación de la enfermera con pacientes de transplantes renales.	Disertación de maestría
1997	Goncalves, L. R. R.	Percepción de la mujer sobre las enfermedades de transmisión sexual	Disertación de maestría
1998	SANTOS, I. M. M.	La mirada de la madre en el desarrollo de su hijo de 0 a 12 años residentes en una favela	Disertación de maestría
1999	RUBIO, S. A. R.	Percepción de las madres de niños con anomalía congénitas sobre la atención en el pre natal y pos parto en Rio de Janeiro/Brasil y Piura/Perú	Disertación de maestría
2000	RIBEIRO, M. G.	La percepción de la gestantes VIH positivo en relación a su suero positividad	Disertación de maestría
2000	MARQUES, C. O.	Percepción de las promotoras de salud sobre su papel social y sus relaciones desarrolladas con las instituciones de salud y la comunidad de Villa el Salvador	Disertación de maestría
2001	MALUHI, M.	La percepción de la mujer profesional del equipo de enfermería como paciente en el	Disertación de maestría

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

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

3.3. Sujetos de la investigación

Los sujetos de la investigación fueron siete las personas adultas que voluntariamente aceptaron participar de la investigación, después de haber sido informado sobre esta investigación firmando el término de consentimiento libre e informado (ANEXO 2).

Los sujetos de estudio tuvieron su identidad sigilosamente preservada, no fueron adoptados criterios de exclusión porque según Bertaux D. (26), cuanto más diversa es el grupo investigado, mayor la probabilidad de describir todas las posibilidades del cotidiano de los sujetos de estudio.

El tamaño de la muestra fue determinado en base a las necesidades de información, por ello, uno de los principios que guiaron el muestreo fue la saturación de datos, esto es, hasta el punto en que ya no se obtuvieron nueva información y esta comienza a ser redundante (26).

El siguiente cuadro presenta a las madres de recién nacidos que fueron atendidos en el servicio de neonatología fueron indicadas en el estudio con nombres bíblicos. Respecto a las características de las entrevistadas tenemos que las edades varían entre 18 y 34 años; sexo femenino; por su estado civil todas son convivientes ; por el grado de instrucción cuatro tienen algún grado de educación secundaria o secundaria completa , tres con algún grado de educación primaria o primaria incompleta; y siete tienen ocupación amas de casa ; el número de hijos se encuentra entre un máximo de cuatro hijos en una entrevistada, tres hijos en dos entrevistadas y dos hijos en dos entrevistadas y dos entrevistadas manifestaron tener un hijo cada una.

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	GRADO DE INSTRUCCIÓN	OCUPACIÓN	Nº DE HIJOS
María	22	Femenino	Conviviente	5° secundaria	Ama de casa	1
Martha	26	Femenino	Conviviente	5° primaria	Ama de casa	3
Isabel	32	Femenino	Conviviente	3° secundaria	Ama de casa	3
María Magdalena	18	Femenino	Conviviente	5° secundaria	Ama de casa	1
Ana	24	Femenino	Conviviente	1° secundaria	Ama de casa	2
Eva	34	Femenino	Conviviente	5° primaria	Ama de casa	4
Sara	20	Femenino	Conviviente	6° primaria	Ama de casa	2

3.4. Escenario de estudio

El escenario de estudio fue el servicio de neonatología del Hospital II-2 Sullana donde la investigadora desarrolla actividades profesionales, lo que facilitó la aproximación a los sujetos de estudio. Fue solicitada la autorización a la Dirección para la aproximación a los sujetos de estudio y presentación de la propuesta de estudio, el local de trabajo no constituyó foco de interés de la investigadora.

El Hospital II-2 Sullana ubicado en la Av. Santa Rosa s/n de la provincia de Sullana en el departamento de Piura, tiene una infraestructura muy antigua con más de 50 años de fundación y su capacidad resolutive es para 50,000 habitantes, sin embargo, hoy sobre pasa los 110,000 habitantes. El servicio de Neonatología solo cuenta con 3 ambientes, las cuales están adaptados para que funcione como: unidad de cuidados intermedios, unidad de mamá canguro y el otro ambiente de mamá acompañante exclusivamente para la atención de pacientes con diferentes patologías, estos ambientes cuentan con servicios de agua, desagüe fluido eléctrico, fuentes de oxígeno

empotrado y aire comprimido , en cuanto equipamiento no se dispone de los equipos necesarios como los equipos electrónicos de monitoreo ; 7 incubadoras , 8 cuneros y 14 camas en total.

En el servicio de neonatología, no hay disponibilidad adecuada, para atender a la gran demanda de pacientes tienen que esperar su hospitalización en el servicio de neo sano, los padres se quejan por no recibir una atención oportuna además las madres de los recién nacidos hospitalizados en mamá canguro se quejan de la enfermera que no explica el cuidado de sus hijos ni responde a sus dudas.

3.5. Procedimiento de recolección de datos cualitativos:

Técnicas de recolección de datos:

La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la entrevista abierta, que consiste en establecer una interacción social, previa con el entrevistado en una entrevista previa para mejorar el proceso del establecimiento de relaciones humanas, en un proceso de comunicación donde se confrontan, por un lado, el investigador con su proyecto definido y, por el otro, el entrevistado que viene aceptando participar de la propuesta, relata algo de su existencia de acuerdo con las demandas del investigador. Es un trabajo de interpretación bajo las interpretaciones que el entrevistado tiene sobre hechos que marcaron su vida. El investigador en realidad, no direcciona la entrevista, correspondiéndole al entrevistado el papel de sujeto que conduce el proceso.

El método de historia de vida se distingue de otras formas de investigación envolviendo relatos como cuestionarios o entrevistas semi-estructuradas – pues en esas, a pesar de la intención en “oír el sujeto”, el investigador selecciona y restringe los temas que serán abordados. La historia de vida, por otro lado, al utilizar a entrevista abierta, permite que a conducción del

estudio sea dada por los propios participantes, a partir de su visión del mundo. En lugar de responder a preguntas predeterminadas los sujetos son libres para divergir sobre aquello que consideran relevante en su experiencia, a forma como vivenciaron los acontecimientos narrados y cómo éstos influyen en el presente (32).

Algo muy significativo en este método es la interacción entre sujeto y el investigador. Como la entrevista es abierta, eso permite al entrevistador dar un relato sobre su vivencia. Siendo a partir de este relato que las posibilidades de diálogo surgen, principalmente la oportunidad para que ambos cuestionen y reflexionen, ya que, al relatar su vida, la persona realiza junto al investigador un análisis de ella, prospectiva y evaluativa (32).

La escucha respetuosa intenta aprender la especificidad del mundo personal. En esa perspectiva, el investigador es, antes que nada, el aprendiz de la verdad del otro. Ya que, la alteridad es por naturaleza irreductible. ¿Cómo alcanzar la visión que el otro tiene de sí y de su mundo? Solamente por el diálogo. La dimensión dialógica de la investigación constituye la garantía de la adecuación del discurso producido en ese encuentro (33).

En ese sentido, Santos et al (32), afirma que en el método historia de vida consiste en una entrevista abierta, es decir, sin un formulario de preguntas predeterminado, en el cual se pide al sujeto para hablar libremente sobre su vida, un determinado periodo o aspecto de ella. A partir de sus narraciones el entrevistador irá formulando preguntas o realizando comentarios para aclarar o profundizar determinado punto, sin embargo, la dirección de la conversación y los tópicos a ser abordados son escogidos espontáneamente por el sujeto de estudio.

En esa dinámica, la historia de vida permite al informante retomar su vivencia de forma retrospectiva, con una exhaustiva interpretación. En ella

generalmente acontece la liberación de un pensamiento crítico reprimido y que muchas veces nos llega en tono de confidencia.

Los relatos de las madres fueron recogidos por entrevistas personalmente, previamente pactada y en la que se indicó la pregunta norteadora, configurando de esta forma, un documento primario. Para el desarrollo de las entrevistas, se utilizaron diferentes ambientes de acuerdo a la preferencias de las entrevistadas, las primeras entrevistas se desarrollaron en una sala del hospital en el servicio de pediatría contando con la presencia del sujeto de estudio y la investigadora del presente estudio, todas estas entrevistas se realizaron durante la mañana entre 09 y 12 del día. Las entrevistas fueron realizadas durante el periodo comprendido entre el 21 de agosto y el 25 de noviembre del 2016.

Bertaux D. (26), recomienda que es necesario que haya una ambientación o contacto previo del investigador con el escenario de su investigación para que suceda una aproximación entre entrevistado y entrevistador. Según el autor, eso facilita el trabajo, una vez que el entrevistado contará su historia de vida con más facilidad. En esos relatos varios aspectos pueden ser levantados, incluso acontecimientos íntimos, y la privacidad facilita y evita cualquier constreñimiento. Cuando el entrevistado se familiariza con el entrevistador él cuenta su historia con más facilidad.

En ese sentido, se adecuó un consultorio para las entrevistas que se realizaron en los ambientes del servicio de pediatría del hospital, obteniendo un ambiente privado, cómodo y se procuró un ambiente agradable, permitiendo que las entrevistadas pudieran hablar sin restricciones, no se impuso ninguna limitación de tiempo o condición para el estudio, la grabación se realizó con un medio electrónico, con autorización de la entrevistada, para poder llevar a cabo la entrevista se realizó la selección de las madres de recién nacidos en el Servicio de Neonatología donde actualmente realizo mis labores de trabajo, para

posteriormente realizar la entrevista en el servicio de destino al que fueron enviados las madres de recién nacidos después de ser dados de alta y hospitalizado. Para realizar las entrevistas se tuvo que coordinar con las enfermeras encargadas del servicio de Pediatría para poder entrevistar a las madres seleccionadas.

Antes de iniciar la entrevista la madre del recién nacido fue informada sobre los objetivos de la investigación, garantizándoles la privacidad, confidencialidad y anonimato de las informaciones grabadas, la libertad y el respeto para no responder lo que considere indiscreto o no necesario y finalmente se solicitó la firma respectiva del consentimiento informado (Anexo2). Bertaux D. (26), resalta la importancia del sujeto ser informado de los intereses de conocimiento del investigador, sea a través de este, o sea por un intermediario, en el momento del primer contacto.

En los momentos que antecedieron la entrevista, algunas madres se mostraron preocupadas con el contenido de la entrevista y en hablar cosas que considerasen importantes para el entrevistador. Inmediatamente, estos sujetos fueron orientados a hablar lo que considerasen importante para ellas y para la vida de ellas, aclarando que todo que ellas hablasen, con certeza, sería relevante. Asimismo, antes de iniciar la entrevista se aclaró a la entrevistada que tenía libertad para hablar sobre lo que desee y que podía referirse a cualquier etapa de su vida desde el nacimiento hasta el presente.

El objetivo inicial de la conversación sobre la investigación y la disponibilidad de varias opciones tuvo la finalidad que la entrevistada iniciase su discurso por los acontecimientos más representativas de su vida. Pedí que me contará todo sobre su historia de vida como madre en el servicio de neonatología y aquello que tuviera relación con ello. Se solicitó que reflexionase desde su embarazo hasta la actualidad y que estableciese relaciones con otros acontecimientos marcantes de su vida y de su condición de madre del recién nacido del Servicio de Neonatología. A partir

del momento en que la pregunta norteadora de la entrevista fue hecha, ésta dio su relato, tal como considero importante.

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

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

El comportamiento durante la entrevista varió de acuerdo con la característica de cada sujeto de estudio y de la fase de como convivían con la situación. Dos fueron los comportamientos identificados:

- Interés en demostrar relajación, aceptación de la problemática.
- Nerviosismo, tensión y dificultad en hablar al respecto de lo que estaban sintiendo.

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

Con la tercera, se pedía constantemente a las entrevistadas que clarificaran lo que habían dicho, hasta que estábamos seguros de lo que la madre del neonato quería decir exactamente.

En algunos momentos, sentí la necesidad de estimular a la madre para hablar más sobre determinados aspectos por ellas abordados y necesidad de traer nuevamente la pregunta norteadora para que continuasen a hablar de su historia. Atkinson R. (34), comenta que algunas personas necesitan solo de un impulso y de un oído atento para traer su historia de vida hasta el fin. Sin embargo, otras necesitan de preguntas periódicas para continuar a contar su historia.

Santos et al (32), recomienda que el entrevistador “no debe traer a flote ningún tema que no haya sido mencionado por el entrevistado” Caso el entrevistado aborde determinado asunto superficialmente, el entrevistador debe estar atento y estimular a hablar más sobre el asunto.

La duración de las entrevistas no fue estipulada rigidamente, durante la realización de las mismas verifiqué que la duración varió entre 20 minutos a 45 minutos. Santos et al (32), afirma que no hay duración límite para que la entrevista transcurra, pudiendo variar de acuerdo con la persona que cuenta la historia y acaba cuando el sujeto de estudio no tiene nada más que acrescentar. Algunas veces, hay circunstancias que prevalecen y pueden limitar una entrevista.

Al terminar el proceso de entrevista, agradecía la participación de los sujetos de estudio y comentaba cuán importante y significativo había sido para mí la experiencia de poder compartir con ellas su historia de vida. También, pude observar que los sujetos de estudio estaban felices y que toda la angustia y ansiedad inicial habían sido sustituidas por tranquilidad. Algunas, incluso, agradecieron la oportunidad de hablar, refiriendo que la entrevista para ellas había servido como un desahogo. Respecto a eso

Atkinson R. (34), comenta que: para la gran mayoría de las personas, contar las historias de vida es algo que ellas realmente quieren hacer. Todo lo que las personas necesitan es de alguien para escucharlas o alguien que muestre interés en sus historias.

Después de cada entrevista, preguntaba a las madres, si les gustaría oír la cinta o leer el material después de transcritos para ver si alguna cosa necesitaba ser agregada u omitida, conforme recomienda Atkinson R. (34). Pero solo una de los sujetos de estudio solicitó la entrevista, por lo que nada fue alterado.

Las entrevistas fueron grabadas, después de la autorización de las madres garantizándose el anonimato recomendado en una investigación científica, las mismas fueron transcritas textualmente. El audio se utilizó a fin de obtener mayor fidelidad de los datos ya que la reproducción a través de la memoria y las anotaciones son menos confiables. Bertaux (26), recomienda que la transcripción de las entrevistas ocurra inmediatamente, lo que permitirá al investigador organizar las ideas en relación a cuestionamientos y al punto de saturación.

Atkinson R. (34), recomienda que después de la transcripción, el entrevistador deje las preguntas y comentarios del entrevistador y otras repeticiones fuera y que solamente las palabras de las personas que cuentan la historia permanezca, de modo que ella se torne más fluente.

Sin embargo, Poirier J, et al (35), recomienda que el escrito sea la reproducción fiel de lo hablado. El discurso así realizado reproduce fielmente el discurso registrado, con sus repeticiones, y sus eventuales errores de lenguaje, las pausas, suspiros, etc. Las interpretaciones o preguntas del entrevistador son igualmente anotadas con fidelidad, en el momento en que ocurrieron. Cada entrevista se le colocó la fecha y señalada su duración.

Respecto a las recomendaciones de Atkinson R, y Poirier J. et al, se puede decir que, las transcripciones de las entrevistas se realizaron como recomiendan: guardándose en primer lugar tal y como expresaron sus narraciones, pero también se guardaron sin los comentarios del entrevistador y sin las repeticiones, corrigiendo también la pronunciación.

Después de cada transcripción de las cintas magnéticas, escuche nuevamente la grabación mientras leía la transcripción, para tener certeza de que no hubo omisión, como recomienda Poirier J. et al (35), que, a través de la reescucha, nos aseguramos de que el escrito es la reproducción fiel de lo hablado. Además, cuanto más próximo el entrevistador esté del propio texto más fácil será para identificar las categorías interpretativas y entender mejor el modo cómo la historia fue contada.

En el análisis sobre la historia de vida de las madres de recién nacidos hospitalizados, nos permitió encontrar bases para determinar el referencial teórico que respondiese el contenido de los relatos, pues en el método historia de vida el referencial teórico es determinado a partir de las historias de vida. De acuerdo con Santos et al (32), a veces el referencial teórico cambia en función del análisis de los relatos.

Procesamiento de los datos

El análisis de los datos se inició después de la transcripción de cada entrevista, en caso de duda sobre la palabra debido a una falla en la grabación la misma fue omitida y representada por puntos suspensivos. El tratamiento de los datos consistió en la sistematización de las informaciones con vistas al análisis e interpretación de los resultados.

Se describió, inicialmente, la dinámica de tratamiento de los datos para caracterizar las categorías temáticas. Se optó por el tipo categorial temático, por considerar una técnica que permitió la descubierta de “núcleos de

sentido”, elementos de significación constitutiva de los mensajes que componen la comunicación y cuya presencia o frecuencia de aparición puede significar alguna cosa para el objetivo analítico escogido (36). Fue procesado en cinco principales etapas, así presentado apenas para efectos didácticos porque algunas de ellas, en la práctica, pueden ocurrir simultáneamente:

- (a) Reproducción escrita de las grabaciones de las entrevistas, envolviendo la digitación de todo el contenido de las cintas magnéticas;
- (b) Lectura minuciosa de todo el material transcrito;
- (c) Lectura de los relatos de cada madre sobre los temas trabajados de todo el material para sentir lo que había de semejante, o no, en sus hablas;
- (d) Destaque de las ideas centrales traídas por las entrevistadas, relacionadas a cada cuestión, que se identificarán a través de códigos (colores) que las representaban. Es importante señalar que, para agrupar las categorías, utilizamos la técnica de subrayado colorido computacional, que garantizó credibilidad a la separación de los relatos, y al mismo tiempo facilitó la identificación de las ideas centrales. Esto equivale decir que construyó un mapeo de las ideas significativas constantes en los relatos, identificadas por colores diferentes, lo que nos permitió la clasificación de las características comunes. Al final de este primer procedimiento, se determinaron las categorías de análisis.
- (e) Consistió en el recorte de las informaciones que componen las categorías elaboradas a partir del referencial teórico y de la investigación empírica.

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

Según Bertaux D. (26), y en concordancia con la modalidad de life story, no hubo necesidad de comprobar los datos relatados, pues es importante en este método considerar la visión de mundo y la experiencia narrada tal cual fue vivenciada por el sujeto, llevando la investigación a enfocar los puntos de divergencia o convergencia de los seres humanos, respetando a individualidad y la especificidad del actor social, bien como su veracidad conforme es relatada e interpretada por el propio sujeto de estudio.

Las categorías emergieron del propio relato de las madres de recién nacidos hospitalizados, o sea, fueron construidas configurando las categorías encontradas y respetando la veracidad de las historias de vida narradas. Santos et al (32), afirma que los datos surgidos en las entrevistas deben ser agrupados en categorías de análisis o núcleos temáticos, ellos son productos de los relatos por lo tanto no son pre establecido por el investigador.

Los núcleos temáticos van surgiendo a partir de las “verdades individuales” de la persona y representan la totalidad del grupo. Se toma en cuenta que el individuo es producto de su medio y acaba siendo el reflejo individual de una realidad colectiva. Por eso, Glat R. (25), afirma lo siguiente “Es por lo tanto a través de los relatos de historias de vida que se puede caracterizar la práctica social de un grupo”.

Inicialmente, a partir de la lectura exhaustiva de los relatos y escucha de las hablas, se buscó identificar en las hablas de las madres aspectos destacados en el texto considerados relevantes y, entonces, se pasó a buscar en las entrevistas, partes de los relatos que se aproximaban, siendo realizado, por lo tanto la codificación, lo que originó Seis categorías preliminares las que son: Competencia de enfermería y el trato; relación de ayuda y de confianza, apoyo emocional. ; falta de información y educación al paciente y familia, y expectativas de la atención.

Después de haber codificado, se realizó varias lecturas de las entrevistas, buscando asociarlas a las categorías siendo reagrupadas, considerándose la convergencia y divergencia del significado. Este proceso es denominado según Bertaux D. (26), como análisis comparativo. De esta forma a partir de la recodificación surgieron 3 categorías temáticas o categorías analíticas con sus subcategorías:

- I. Características de la enfermera
- II. Relaciones interpersonales
- III. Percepción de la calidad del cuidado

3.6. Consideraciones éticas y de rigor científico

La investigación cualitativa estuvo basada en criterios que tienen como finalidad asegurar la calidad y la objetividad de la investigación. Considerándose los siguientes criterios: (37,38)

En relación al rigor:

Credibilidad:

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

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

Aplicabilidad:

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

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

Auditabilidad:

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

Confirmabilidad:

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

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

En relación a la ética:

Consentimiento Informado:

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

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

Privacidad:

Se mantendrá el anonimato de las entrevistas desde el inicio de la investigación.

Este criterio fue cumplido al no revelarse los nombres de los entrevistados.

Confidencialidad:

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

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Presentación de los resultados

- a) Características de la enfermera:
Competencia de enfermería y el trato.

- b) Relaciones interpersonales:
Relación de ayuda y de confianza, apoyo emocional.

- c) Percepción de la calidad del cuidado:
Falta de información y educación al paciente y familia, y expectativas de la atención.

4.2. Análisis y discusión de resultados

A continuación, se presenta el análisis temático de las diferentes categorías:

a. Categoría: características de la enfermera:

En esta categoría se han encontrado dos subcategorías que son: competencia de la enfermera y la subcategoría: el trato.

Subcategoría competencia de enfermería:

En esta subcategoría dos de las madres entrevistadas manifiestan que el cuidado de enfermería demanda mejor capacitación y habilidades como lo manifiesta (Eva) :*“Una enfermera hizo llorar mucho a mi bebé para ponerle la aguja a la vena para su medicina y le picó varias veces yo le pedí que llamara a otra enfermera para que le ayude a una que tenga mas experiencia y sepa más ,pero ella se enojó mucho y lo llevó a otro lugar y cerró la puerta, pero yo podía escuchar como lloraba mi hijito y me puse a*

llorar también, pues la enfermera se demoró bastante ". En esta experiencia las actitudes que caracteriza al profesional de enfermería en su práctica redundan en la calidad de atención que brinda en un servicio de neonatología .

Así también manifiesta (Martha) :*"Agradecida por los cuidados brindados a mi bebé que es prematuro y veo que día a día va ganando de peso, además estoy contenta por que ya salió de la incubadora y ahora lo tengo a mi lado en el cuarto de mamá canguro"*. En este caso la dedicación que se brinda durante la atención facilita la recuperación de la salud del recién nacido.

Cabe mencionar a Lagos Z, et al (39), quienes refieren que, el trabajo del enfermero se centra en el cuidado del paciente, para lo cual se requiere el dominio de habilidades o competencias específicas. la labor de los enfermeros es señalada por los usuarios como un factor indispensable para calificar el nivel de satisfacción.

Según Calista Roy, la enfermería como ciencia es un sistema del desarrollo del conocimiento acerca de las personas que observa, clasifica y relaciona los procesos con los que las personas influyen de manera positiva en su estado de salud (17).

El modelo Teórico propuesto por Ramona T Mercer, define la enfermería como profesión dinámica, fomentar la salud y prevenir la enfermedad, proporcionar cuidados a quienes necesitan asistencia profesional para conseguir su nivel óptimo de salud y funcionamiento e investigar para mejorar la base del conocimiento, para proporcionar un cuidado enfermero excelente. Las enfermeras tienen una extraordinaria oportunidad de ayudar a las mujeres a aprender, ganar confianza y experiencia a medida que asumen su identidad como madres. Esta teoría está muy orientada a la práctica enfermera en cada intervalo de tiempo desde el nacimiento a lo

largo del primer año aplicando este modelo a diferentes ambientes pediátricos (17).

Así, debemos considerar en esta subcategoría los conocimientos técnico-científicos, habilidades y actitudes positivas siempre deben caracterizar al profesional de enfermería que trabaja en un servicio de neonatología teniendo que proporcionar un cuidado enfermero excelente al recién nacido, e involucrar a los padres en este proceso, en especial de la madre ya que a su egreso ella continuará los cuidados en el hogar.

Subcategoría el trato:

En cuanto al trato dos de las madres comparan el trato que les brinda el personal de enfermería con la dedicación y el afecto que les demuestra reflejado en actitudes, gestos. Así como refiere (Martha): *“Desde que ingresé al hospital por pediatría emergencia me han tratado bien, no tengo queja alguna, estoy agradecida”*. El personal profesional de enfermería se caracteriza porque mantiene las buenas relaciones interpersonales a través de actitudes positivas siendo percibido por los padres del recién nacido.

También (Isabel) manifiesta: *“Algunas enfermeras son chéveres, son atentas, aunque algunas son muy apuradas y dicen apúrense, apúrense, rápido y reniegan, ejemplo cuando van a pesar al bebe y dicen: Apúrense desvistan a su bebé pero rápido, muestran mala cara y gestos de malestar”*. Estas conductas negativas se deben evitar al tener contacto con las madres del recién nacido ya que repercute negativamente en la interacción y no demuestra una atención holística.

Delgadillo D.(12), refiere sobre la caracterización de la enfermera en un Servicio de neonatología que, es necesario que posea un bagaje de conocimientos los aplique efectivamente en su labor, gerencie de manera óptima el servicio en cuanto a equipo, muebles, etc. y empatices con la

madre para una mejor interacción, ya que de ello depende mucho la satisfacción que sienta la madre con el cuidado del profesional de enfermería, ella estará pendiente de su bebé y estará atenta a todo cuanto a él concierne, el bebé es su centro de atención y querrá lo mejor para él; el profesional de enfermería debe enfocar este aumento de atención a que la madre conozca, entienda y practique los cuidados de su recién nacido, cuando sienta esta realización la madre incrementará sus niveles de satisfacción. Por tanto, es fundamental que la enfermera reciba capacitación permanente en el servicio orientado a promover la adquisición de conocimientos, cambiar y/o reforzar conductas para brindar cuidados de calidad tanto al paciente como a la madre bajo el criterio de integralidad.

En esta subcategoría cabe reflexionar sobre el trato que se debe brindar a la madre del recién nacido hospitalizado en el servicio de neonatología ya que la enfermera es la más indicada para prestar un cuidado especializado que resuelva los problemas del neonato y que de ella depende la supervivencia del recién nacido y la tranquilidad de la madre. La amabilidad, trato cordial, cálido y empático deben caracterizar a la enfermera, así como los principios ético-deontológicos que orientan la conducta y los deberes del profesional de la salud.

b. Categoría relaciones interpersonales

En esta categoría se considera dos subcategorías que son: La relación de ayuda y confianza, y el apoyo emocional.

Subcategoría relación de ayuda y confianza:

En esta subcategoría dos de las madres entrevistadas manifiestan una relación de ayuda y confianza óptima toda vez que el recién nacido requiere cuidados especiales desde una forma holística, siente que la enfermera muestra seguridad e influye positivamente en la recuperación de la salud de su bebé.

Como refiere (Maria Magdalena): *“Las enfermeras son atentas, acuden rápido al llamado, toman la temperatura, le dan leche con jeringa y nos enseñan como debemos hacerlo”*. Tener presente como en este caso el cuidado transpersonal con las madres de tal manera que se sienta segura de una atención integral brindada a su niño.

Así también refiere (Sara): “No todas las enfermeras son iguales yo he recibido buen trato y me han enseñado como cuidar a un prematuro, como dar de lactar correctamente, me dijeron que un bebé prematuro es más delicado y acuda a sus controles que le toca después del alta”. En este testimonio se evidencia una relación de ayuda que asegura el bienestar del niño y la familia.

Como bien afirma Watson dentro de los elementos del cuidado el desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal ya fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos (17).

La teórica Madeleine Leininger, indica enfermería como profesión humanista y científica, se centra en los fenómenos y las actividades de los cuidados para ayudar, apoyar y facilitar a las personas o grupos a que conserven o recuperen su bienestar o salud de un modo culturalmente significativo o beneficioso. Su visión de los cuidados está dirigida a que las acciones o actividades profesionales de asistencia sean diseñadas de forma específica para que encajen con los valores, creencias y modos de vida culturales de las personas grupos o instituciones para ofrecer o dar apoyo a una atención sanitaria (17).

Como relación interpersonal, el cuidado favorece la interacción significativa entre persona cuidada y persona cuidante, en la que se incorporan: conocimientos, sentimientos, responsabilidades, opiniones,

actitudes, acciones, con lo que se demuestra preocupación e interés por su alter ego. El cuidado como afecto significa la dedicación afectiva y efectiva del profesional de enfermería para proporcionar la ayuda a la persona que necesita ser cuidado(40).

Una comunicación interpersonal incorrecta tiene repercusiones negativas tanto para el paciente como para los profesionales. A pesar de tener ese conocimiento, encontramos que la mayoría de los enfermeros presentan deficiencias para desarrollar relaciones comunicativas eficaces y estrategias para resolver problemas de comunicación (41).

Por tanto debemos incorporar en nuestra práctica diaria la relación de ayuda confianza dándole seguridad a las madres demostrando dedicación y brindando un cuidado holístico teniendo en cuenta al recién nacido en toda su dimensión.

Subcategoría apoyo emocional:

En el apoyo emocional dos de las madres entrevistadas ponen de manifiesto la indiferencia a sus sentimientos ya que no las involucran en el cuidado de sus hijos algunas veces se demora cuando tienen que atender a su hijo, se molesta cuando solicitan algo respecto a su bebé y a veces tiene desconfianza para expresar lo que siente. Como también hubo profesional de enfermería que se preocupó por cuidar al recién nacido considerándolas como personal de confianza.

Como refiere (Maria): *“Algunas enfermeras que contestan mal, ponen una cara de suegra que da miedo y mejor callaba”*. Esta actitud negativa esta lejos del cuidado humanizado a la persona y familia olvidando el compromiso que se debe tener en el ejercicio profesional.

De lo contrario refiere (Maria magdalena):“Cuando *mi bebuto estaba en la incubadora las enfermeras lo cuidaron bien porque fue recuperándose*”. En esta oportunidad se reconoce el apoyo emocional percibido por la madre del recién nacido a través de la confianza y responsabilizándolo de su recuperación.

Como enfatiza Medina D (13), que la satisfacción conlleva a la interacción personal de la enfermera y la paciente, ambas partes deben ser comunicativas, confiadas, respetuosas y comprometidas entre sí, la interacción recíproca significa que al igual que el paciente es enriquecido, también lo es la enfermera. El garantizar una atención adecuada, un nacimiento con un mínimo de riesgos y una vigilancia estrecha del desarrollo del recién nacido, es una meta que se debe establecer para la atención del recién nacido, lo cual, implica llevar a cabo actividades de promoción y tratamiento dentro del control del desarrollo.

Luévano, S (22), afirma que tanto usuarios como enfermeras coincide en identificar el buen cuidado de enfermería de acuerdo al involucramiento de ésta con el usuario, el contacto físico, la escucha, las vivencias compartidas, el acompañamiento.

La persona en sus expresiones corporales puede demostrar: soledad, temor, dolor, desesperación, desinformación, dudas, ansiedad entre otros sentimientos; y es aquí donde el profesional tiene la oportunidad de ejercer su rol de cuidadora, mediante la empatía, la comprensión, el respeto, la orientación pertinente, el apoyo emocional y espiritual; todo ello unido a las habilidades, destrezas y la seguridad en la ejecución de los procedimientos técnicos (40)

En esta subcategoría se puede establecer como meta el apoyo emocional y espiritual que se brindará a las madres del neonato en la práctica profesional ya que promueve la armonía permitiendo que ésta exprese sus sentimientos,

lo que indica que hay que continuar mejorando las relaciones interpersonales garantizando un cuidado humanitario y holístico, es decir, el profesional de enfermería se preocupa por cuidar a los recién nacidos y por ende a las madres considerarlas como personal de confianza.

c. Categoría percepción de la calidad del cuidado:

En esta categoría se ha encontrado dos subcategorías: Necesidad de información y educación al paciente y familia, expectativas de la atención.

Subcategoría falta de información y educación

En la subcategoría falta de información y educación dos de las madres refieren sentimientos de temor, incertidumbre por no tener conocimiento de la salud de sus hijos debido a la falta de información.

Como refiere (Ana): *“He tenido la mala suerte con una enfermera que no me permitía ver y conocer a mi bebé porque desde que nació no lo he visto porque lo hospitalizaron rápido y no me dieron información sobre la salud de mi hijo, estoy muy preocupada y estoy buscando al doctor para conversar con él. Porque las enfermeras son malas y nadie quiere decir nada, solo contestan no señora el médico es quien da los informes espere y me cerraron la puerta a pesar de rogarle tanto”*. La versión de la madre en este caso refleja sentimientos de incertidumbre al desconocer el estado de salud de su hijo llegando a preocuparle.

También manifiesta (Maria Magdalena): *“Algunas de ellas se ven molestas cuando nos llaman para entregarnos recetas u órdenes de laboratorio pero no dejan entrar para ver a nuestros hijos dicen: no, no pueden entrar”*. Una vez más se demuestra la escasa labor educativa que por el contrario debe ejercer el profesional de enfermería para no crear

sentimientos negativos en las madres del recién nacido atendido en hospitalización.

Como lo afirman Corimayo L, y Vilca C (21), la misión de enfermería en la unidad de neonatología es ofrecer la mejor calidad de cuidados al neonato y su familia, en forma oportuna y segura de acuerdo a protocolos consensuados, brindando información veraz y comprensible con personal comprometido, competente y respetuoso de la dignidad humana.

Cabe mencionar en la teoría de Watson, el principio de Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonales, resalta que éste permite mantener al paciente informado por lo tanto se traslada la responsabilidad al paciente de su propio cuidado fomentando el desarrollo personal (17).

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender, afirma que el objeto de la asistencia enfermera es la “salud óptima” del individuo, integrando tanto a la enfermera como a la persona respecto a las conductas que promueven el bienestar físico, mental y social. Este modelo refleja las interrelaciones que existen entre los factores cognitivo –perceptivo y los factores modificantes que influyen en la aparición de conductas favorecedoras de la salud. El Modelo de promoción de la salud de Nola Pender sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud de las personas, es una guía que sirve para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales que son el modelo a seguir del individuo, para la realización de las conductas destinadas para mejorar la calidad de vida a nivel de salud (17).

Por lo tanto, la falta de información en esta subcategoría se puede atribuir a la sobrecarga laboral del profesional ya que solo se asigna una sola enfermera para los tres ambientes de neonatología. También el ingreso limitado de las madres a neo intermedio solo para lactancia, porque el neonato esta considerado como un ser vulnerable a las infecciones; aunque no justifica excluir la labor educativa en el quehacer diario del profesional ya que el neonato es cuidado la mayor parte del tiempo por su madre, por lo que es necesario brindar información previa sobre sus cuidados considerando la parte afectiva de lo contrario estaría alterando la comunicación efectiva.

Subcategoría expectativas de la atención

El presente estudio permitió conocer las expectativas en dos de las madres de los recién nacidos hospitalizados según sus experiencias manifestaron parcialmente satisfacción de la atención brindada por las enfermeras.

Así como refiere (Martha): *“Solamente espero ir a casa con mi hijito y agradezco a todo el personal especialmente a las enfermeras por la buena atención que he recibido junto a mi prematuro”*. Con estas expresiones la madre percibe que la atención recibida responde a sus expectativas considerando la atención integral brindada por la enfermera hacia el recién nacido hospitalizado en el servicio de neonatología.

Así también refiere (Sara): *“Ahora me siento más tranquila porque mi bebé está bonito y está creciendo y subiendo de peso yo esperaré nomás que me den de alta”. Pero en mi primer parto hace 4 años una enfermera me gritó diciéndome: Ahí querías tener hijo, pues colabora, así duele, además dónde está tu familiar para que compre la receta, no te va a dar todo el SIS, habrás juntado tu plata, has tenido tiempo”*. La percepción real de la madre se compara con experiencias previas, pone de manifiesto la tranquilidad y satisfacción por la atención recibida de parte de la enfermera.

Además, refiere (Ana): “He tenido la mala suerte con una enfermera que no me permitía ver y conocer a mi bebé porque desde que nació no lo he visto porque lo hospitalizaron rápido”. En este caso la madre del recién nacido tuvo una percepción desfavorable respecto a la atención brindada ya solo enfocan su atención al recién nacido, no consideran el aspecto social es decir, involucrar a los padres en su cuidado, lo que refleja limitaciones en la atención recibida.

Corimayo L, Vilca C (21), afirma que, la enfermera que cuida, es la que más conoce sobre las necesidades del recién nacido y sus respuestas al tratamiento. Es la que puede evaluar la calidad de atención, producir mejoras en el cuidado, introducir nuevos productos o equipamiento que produzcan cambios, basados en la mejor evidencia disponible.

En una atención que ha priorizado la tecnificación y conocimientos teóricos que son elementos importantes en la atención en salud, éstos no son suficientes si se vulneran los derechos a una atención basada en el trato humano, lo que permite otorgar ciertamente no sólo una mejor atención, sino que un cuidado más digno (42).

La teoría de Imogene M. King considera que la enfermería es una conducta observable que se encuentra en los sistemas de cuidados de salud en la sociedad. La meta es ayudar a las personas a mantener su salud para que puedan desempeñar sus roles. La enfermería es un proceso de acción, reacción, interacción y transacción interpersonal. Las percepciones de una enfermera y de un paciente también influyen en el proceso interpersonal (17).

López B. (43) , confirma que la satisfacción, implica una experiencia racional o cognoscitiva, definida en términos de discrepancia percibida entre aspiraciones y logros, derivada de la comparación entre las

expectativas y el comportamiento del servicio. Por ello el profesional de enfermería, debe ser competente en el dominio del conocimiento científico, la aplicación de técnicas y/o conocimientos biomédicos, caracterizándose por una actitud con alto valor moral para lograr el bienestar integral de las personas que cuida. La calidad en los servicios de enfermería se concibe como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente, de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable.

La comprensión de la vivencia de enfermeras frente al cuidado al recién nacido cuyos padres están presentes en el contexto de la UTIN, provoca dar atención no solamente a la importancia de mantenerlos junto a sus hijos, pero también de reconocerlos como potenciales sujetos que precisan ser percibidos y cuidados por el equipo de salud. Así, la comprensión de esa vivencia por la enfermera de la UTIN nos permite percibir que, en este escenario de práctica, no existe un cuidado unidireccional al neonato, pero sí un contexto de cuidado neonato/sus padres/ enfermera que debe ser considerado en la planificación y en la ejecución de la asistencia al recién nacido (44).

Por lo mencionado anteriormente es importante conocer las experiencias y la percepción de las madres del recién nacido hospitalizado en el Servicio de neonatología respecto al cuidado de enfermería; para identificar y atender sus necesidades de tal manera que cubra sus expectativas respecto a la salud integral del recién nacido reconociendo de antemano la responsabilidad y el compromiso con nuestra profesión. Esto implica poner esmero en mejorar la calidad de atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente al Neonato.

V. CONSIDERACIONES FINALES

Las consideraciones finales, se presentan a continuación:

1. En el presente estudio las madres entrevistadas manifiestan que el cuidado de enfermería al recién nacido hospitalizados demanda mejor capacitación y habilidades de parte del profesional de enfermería.
2. Se identificó que las madres comparan el trato que les brinda el personal de enfermería con la dedicación y el afecto que les demuestra reflejado en actitudes, gestos del profesional de enfermería.
3. Las madres entrevistadas evidencian en su testimonio la relación de ayuda y confianza óptima toda vez que el recién nacido requiere cuidados especiales desde una forma holística, siente que la enfermera muestra seguridad e influye positivamente en la recuperación de la salud de su bebé.
4. Se evidencia en parte la falta de sensibilidad del personal de enfermería hacia la madre y el recién nacido como se menciona en las entrevistas realizadas denotándose la indiferencia a sus sentimientos ya que no las involucran en el cuidado de sus hijos, algunas veces se demora cuando tienen que atender a su hijo, se molesta cuando solicitó algo respecto a su bebé y a veces tiene desconfianza para expresar lo que siente.
5. Las expectativas de las madres de recién nacidos hospitalizados según sus experiencias manifestaron parcialmente satisfacción de la atención brindada por las enfermeras y que sus expectativas han sido cubiertas.

Recomendaciones

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

1. Se sugiere la capacitación y formación continua por especialidad al personal profesional de enfermería para brindar un cuidado holístico y humanitario.
2. Se recomienda mejorar el trato directo con las madres considerando los aspectos bioéticos.
3. Fomentar las buenas relaciones interpersonales para mejorar la comunicación asertiva entre enfermera-paciente-familia.
4. Brindar información solicitada a las madres y /o familiares para lograr un nivel de satisfacción adecuado a sus necesidades.
5. Identificarse con los sentimientos de las madres y familiares brindando todo el apoyo emocional.
6. Promover la investigación cualitativa en el tema de calidad del cuidado en la atención integral del recién nacido.

Referencias bibliográficas

1. Grupo de trabajo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. España Unidades de Neonatología Estándares y recomendaciones de calidad. MSSSI [Serie en internet].2014 [citada 2016 julio 25] (2): 30-47. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/NEONATOLOGIA_Accesible.pdf
2. OMS en Reducción de la mortalidad de recién nacidos [Documento en internet]. [Citado 2016 Enero]. [Nota descriptiva N°333] Disponible en URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/>
3. Petracci M. Seminario-V-Septiembre 2004 “Calidad de atención en salud”, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) (Facultad de Ciencias Sociales, UBA). Buenos Aires Argentina. [En línea]. Disponible: [http://www.cedes.org.ar/Publicaciones/SSPP/2004/SSPP200405 .pdf](http://www.cedes.org.ar/Publicaciones/SSPP/2004/SSPP200405.pdf)
4. Perlasa J. Percepción de la Atención de Enfermería de los Pacientes sometidos a hemodiálisis Periódica frente a sus Reacciones Emocionales, Ecuador, 2002; Buscador Google. Percepción de la atención de Enfermería. <http://usuarios.lycos.es/enfermeriapen/invesc/percepatención.htm>
5. Ramírez T, Nájera P. Nigenda G, Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. Salud Pública de Mex 1990; 32(2): 113-117.
6. Instituciones Españolas de defensores del pueblo. Las Urgencias Hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: Derechos y garantías de los pacientes. Madrid Eduardo Dato 2015

7. Avila J, Tavera M, Carrasco M. Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos, 2011 – 2012/. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología, 2013. 188 p.: tab. graf. 21 x 31 cm Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/spanish/Mortalidad-Neonatal-en-el-Peru-y-sus-departamentos-2011-2012.pdf>

8. Anuario estadístico Hospital II Sullana 2015. Disponible en : http://www.hospitalsullana.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=45&Itemid=30

9. Capdevila, E.; Sánchez, L.; García, M.; Riba M. Moríña, D.; Ríos J ,et al Valoración de la satisfacción de los padres en una unidad neonatal. Anales Pediatría. España, 2012

10. Portillo R. Percepción materna de los comportamientos del cuidado de enfermería ofrecido a los recién nacidos internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal de una ESE de la ciudad de Barranquilla Tesis para optar al título de Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado Materno Perinatal Bogotá Colombia Universidad Nacional de Colombia 2014. Disponible en : <http://www.bdigital.unal.edu.co/50934/1/55232243.2014.pdf>

11. Ruales M, Ortiz T. La calidad de atención de enfermería relacionado con el grado de satisfacción de las madres de los neonatos del Hospital Carlos Andrade Marín. Trabajo de grado para optar el título de Especialista en Perinatología Universidad Central Del Ecuador Quito, mayo de 2015 Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4782/1/T-UCE-0006-137.pdf>

12. Delgadillo D, Satisfacción de la madre del recién nacido hospitalizado sobre la calidad del cuidado del profesional de enfermería en el servicio de neonatología

del instituto nacional materno perinatal-2013 trabajo de investigación para optar el Título de Especialista en Enfermería en Neonatología Lima Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2014 Disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4309/1/Delgadillo_Morales_Doris_2014.pdf

- 13.** Medina D. Nivel de satisfacción de las madres del recién nacido hacia los cuidados de Enfermería en el servicio de neonatología de una Clínica privada. [Tesis para Optar el título de Licenciada en enfermería]. Lima –Perú Universidad Ricardo Palma 2016. Disponible en : http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/763/1/medina_sd.pdf

- 14.** Narro J, Orbegoso D. Percepción del cuidado humanizado de enfermería y nivel de estrés de las madres del neonato prematuro hospitalizado. Hospital belén - Trujillo [Tesis Tesis para obtener el título profesional de: licenciada en enfermería]. Trujillo Universidad Privada Antenor Orrego 2016- Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1998/1/RE_ENFE_JOSSELY_N.NARRO_DIANA.ORBEGOSO_PERCEPCION_CUIDADO.ESTRES_DATOS_T046_703937601T.PDF

- 15.** Viera R. Factores socioculturales que influyen la práctica de la lactancia en madres primíparas en el centro de salud de Tacalá. Diciembre2005 – Febrero 2006 [Tesis para optar título de licenciada de enfermería]. Piura: Universidad Alas Peruanas; 2005.

- 16.** Diaz B. Historia de vida de las madres con recién nacidos hospitalizados frente a la lactancia materna. [Tesis para optar el grado académico de Magister en ciencias de Enfermería. Piura, 2014.

- 17.** Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 7ma ed. Barcelona: Mosby; 2011.p. 94-98; 342; 463; 586.

18. Donabedian A. Garantía y Monitoria de la Calidad de la Atención Médica. Instituto Nacional de Salud Pública. México. 1990
19. Dirección General de Salud de las Personas. “Guía Técnica del evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. MINSA. Lima _ Perú. 2007
20. Travieso E. La responsabilidad del Profesional de Enfermería en el cumplimiento de la indicación médica verbal, en la Unidad clínica de Emergencia del Hospital Universitario Dr. “Luis Razzetti” |monografía en internet | Barcelona, Estado Anzoátegui, 2009.|citada 2016 Enero 20 | Disponible en :<http://www.monografias.com/trabajos73/responsabilidad-profesional-enfermeria-cumplimiento-indicacion/responsabilidad-profesional-enfermeria-cumplimiento-indicacion2.shtml>
21. Corimayo L, Vilca C. Gestión y Práctica de la Unidad de Neonatología Revista de Enfermería.2012; (1º parte):17-19.disponible en:
<http://fundasamin.org.ar/newsite/wp-content/uploads/2012/06/Gesti%C3%B3n-y-pr%C3%A1ctica-de-unidad-de-neonatolog%C3%ADa-1-era-Parte.pdf>
22. Luévano S. El arte del cuidado de enfermería Aventuras del pensamiento 2008 pág. 49
23. Alfranca R. Expectativas y preferencias en la utilización de Servicios de Atención primaria | TESIS DOCTORAL| España Girona 2014.
24. Ludke M, Andre E. Pesquisa en Educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.
25. Glat R. Somos iguais a vocês. Depoimentos de mulheres con deficiência mental: Agir; 1989.

26. Bertaux D. L'approche biographique: sa validité méthodologique, ses potentialités. Cahiers internationaux de sociologie, n. 69, p. 197-225, 1980.
27. Camargo A. Los usos de historia oral y de historia de vida. Trabajando con élites políticas. Revista de Ciencias Sociales, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, 1984. p.5 a 28.
28. Kolhi M. Biografia: relato, texto, método. In: BERTAUX, D. Biography. A. Society. Beverly Hills, c. USA: Publications. Inc, 1981. p. 61-75.
29. Minayo M. Pesquisa Social: Teoría, método e criatividade. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
30. Rodríguez G. et al. Metodología de la investigación cualitativa. 2. ed. México Interamericana, 1999. p. 57-61
31. Chizzotti A. Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.
32. Santos et al. O método de historia de vida na pesquisa em educação especial. Rev. Bras. Marília. Maio-ago. 2004, v.1, n 2, p. 235-250. Edição especial
33. Augras M. Prefácio. Em Glat, R: Somos iguais a vocês: depoimentos de mulheres com deficiência mental. Rio de Janeiro: Editora Agir, 1989.
34. Atkinson R. The life story interview. Thousand Oaks: Sage University Paper series on qualitative research methods, v. 44, 1998.
35. Poirier J, Clapier-Valladon S, Raybaut P. Historias de vida: teoría y práctica. Trad. Joao Quintela. 2 ed. Portugal: Celta, 1999.
36. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1988.

37. Hernández R. Metodología de la Investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado 2011 Dic. 7]. Disponible en : <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>
38. Rada D. El rigor en la investigación cualitativa: técnicas de análisis, credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad. [Documento en internet]. [Citado 2012 Ene. 21]. [11 paginas] Disponible en : www.redem.org/boletin/files/Dora%20Magaly%20Rada%202.doc
39. Lagos Z, Andruccioli C, Urrutia M, Competencias Blandas y Calidez en Enfermería: Definiciones, Concepción y Características 2013, Horiz Enferm, 24,1,32 Disponible en http://revistahorizonte.uc.cl/images/pdf/241/31_competencias%20blandas%20y%20calidez%20en%20enfermera%20definiciones%20concepcion%20y%20caracteristicas_horizonte%2024-12013.pdf
40. Guevara B ,Evies A ,Rengifo J , Salas B, Manrique D ,Palacio C. El cuidado de enfermería: una visión integradora en tiempos de crisis Englobal Enero 2014 N° 33 Pág. 327 ISSN 1695-6141 Universidad de Murcia
41. Lapeña Y, Cibanal L, Pedraz A , Loreto M “Las relaciones interpersonales de los enfermeros en asistencia hospitalaria y el uso de habilidades comunicativas” Texto Contexto Enferm, Florianópolis, España 2014 Jul-Set; 23(3): 555-62.
42. Burgos M, Paravic T. Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público ciencia y enfermería IX (2), 2002 [Tesis para optar al grado de Magister en Enfermería]. Universidad de Concepción, Chile 2003 [Disponible en : <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v9n2/art04.pdf>
43. López B. Nivel de satisfacción de las madres de niños/as menores de 2 años sobre la calidad de atención del profesional de enfermería en el programa de

crecimiento y desarrollo del Hospital Santa Rosa, 2014 [Tesis para optar el Título de Especialista en Enfermería en Salud Pública]. Lima-Perú Universidad Nacional Mayor De San Marcos 2015 Disponible en:<http://www.hsr.gob.pe/docencia/publicaciones/tesis-lopez-2014.pdf>

44. Barbosa M, Pinto M, Ribeiro K, Moura D. Cuidar del recién nacido en la presencia de sus padres: vivencia de enfermeras en Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. Brasil Nov.-dic. 2011 [acceso: 10 – oct. -2016]; 19(6): [07 pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/es_17.pdf

Anexos



ANEXO 01

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

**PERCEPCIÓN Y EXPECTATIVAS DE LAS MADRES DE RECIÉN
NACIDOS SOBRE EL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA DE HOSPITAL PÚBLICO- SULLANA, 2016**

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Iniciales o seudónimo del nombre de la persona:

Edad: _____

Sexo: _____

Estado civil: _____

Grado de instrucción: _____

Ocupación: _____

Número de hijos: _____

Hable de lo que usted considera importante respecto de su vida y que tenga relación a la atención de enfermería cuando acudió al Servicio de Neonatología del Hospital II Sullana.



ANEXO N°02

TÉRMINO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Percepción y expectativas de las madres de recién nacidos sobre el cuidado de enfermería, es un estudio, que está siendo realizado por la Licenciada en enfermería Ana Cerdan Vargas, bajo la orientación de la Magister Sonia Aleida Rubio Rubio.

Los objetivos de la investigación son:

Analizar la percepción de las madres de recién nacidos atendidas en servicio de Neonatología sobre el cuidado de enfermería.

El estudio contribuirá para potenciar la calidad de cuidado, brindando un cuidado humanizado con cierto criterio científico. Para la recolección de la información se realizará una entrevista individual abierta, la cuál será grabada en cinta casette, a las madres de recién nacidos atendidos en el servicio de Neonatología.

Luego las entrevistas serán transcritas en su totalidad para el análisis respectivo.

A los participantes que desean participar en el estudio, se les garantizará el derecho a la identidad e intimidad; además de esclarecimiento respectivo antes, durante y después del desarrollo de la investigación sobre cualquier duda referente al estudio.

Lic. Enf. Ana Cerdan Vargas

Yo:.....mediante los
esclarecimientos arriba citados, acepto participar de la entrevista.

Firma de la entrevistada

