

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



“PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO Y NIVEL DE INCERTIDUMBRE FRENTE A LA ENFERMEDAD EN PERSONAS HOSPITALIZADAS DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE – 2020”

**Tesis presentada por las Bachilleres:
Quecaño Condori, Gabriela Rossemary
Quispe Quispe, Fiorela Clariza**

**Para optar el Título Profesional de:
Enfermeras**

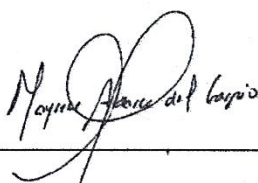
**Asesora:
Mg. Abarca del Carpio, Jacinta
Mayrene**

Arequipa – Perú

2022

ACEPTACIÓN DE LA ASESORA

La presente tesis, "PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO Y NIVEL DE INCERTIDUMBRE FRENTE A LA ENFERMEDAD EN PERSONAS HOSPITALIZADAS DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ – 2020", reúne las condiciones y tiene mi conformidad.



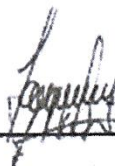
Mg. Mayrene Abarca del Carpio

Asesora

MIEMBROS DEL JURADO

Mg. Diana Angelica Vásquez Fernández	Presidenta
Mg. Jacinta Mayrene Abarca del Carpio	Vocal
Mg. Nancy Ana Coaquira Machaca	Secretaria

La presente tesis sustentada el día 04 de abril del 2022, APROBADA POR UNANIMIDAD, queda conforme para seguir con el trámite correspondiente.



Mg. Nancy Ana Coaquira Machaca

Secretaria

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	9
A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	9
B. OBJETIVOS	13
C. ALCANCES	13
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	14
A. ANTECEDENTES	14
B. BASE TEÓRICA	17
C. HIPÓTESIS	36
D. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	37
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO	41
A. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	41
B. PROCEDIMIENTO	42
C. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	42
D. POBLACIÓN DE ESTUDIO	43
E. MÉTODO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	43
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	46
A. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	46
B. DISCUSIÓN	58
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	62
A. CONCLUSIONES	62
B. RECOMENDACIONES	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS	71

ÍNDICE DE CUADROS

	Pág.
CUADRO 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS HOSPITALIZADAS DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ – 2020	47
CUADRO 2: PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO EN PERSONAS HOSPITALIZADAS DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ – 2020	48
CUADRO 3: NIVEL DE INCERTIDUMBRE FRENTE A LA ENFERMEDAD EN PERSONAS HOSPITALIZADAS DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ – 2020	49
CUADRO 4: DIMENSIONES DE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO EN PERSONAS HOSPITALIZADAS DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ – 2020	50
CUADRO 5: DIMENSIONES DEL NIVEL DE INCERTIDUMBRE FRENTE A LA ENFERMEDAD EN PERSONAS HOSPITALIZADAS DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ – 2020	52
CUADRO 6: RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO Y NIVEL DE INCERTIDUMBRE FRENTE A LA ENFERMEDAD EN PERSONAS HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ – 2020	53
CUADRO 7: PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO Y NIVEL DE INCERTIDUMBRE: NIVEL DE AMBIGÜEDAD EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	54
CUADRO 8: RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO Y NIVEL DE INCERTIDUMBRE: NIVEL DE INCONSISTENCIA EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	55

CUADRO 9: RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO Y NIVEL DE INCERTIDUMBRE: NIVEL DE IMPREDICTIBILIDAD EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

56

CUADRO 10: RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO Y NIVEL DE INCERTIDUMBRE FRENTE A LA ENFERMEDAD EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

57

RESUMEN

El siguiente trabajo de investigación titulado “PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO Y NIVEL DE INCERTIDUMBRE FRENTE A LA ENFERMEDAD EN PERSONAS HOSPITALIZADAS DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ – 2020” tuvo como objetivo general determinar la relación significativa que existe entre la percepción de la calidad del cuidado enfermero y nivel de incertidumbre frente a la enfermedad en personas hospitalizadas en el servicio de Medicina del Hospital Goyeneche - 2020. Para lo cual se hace uso de la prueba estadística de chi cuadrado de Pearson con un nivel de significancia del 5%. Es una investigación de tipo cuantitativo, diseño descriptivo correlacional, siendo de corte transversal.

Método, Técnica e Instrumento: El método usado fue la encuesta, la técnica empleada fue la entrevista y como instrumentos se utilizaron la Ficha de Recolección de datos, la Escala Mishel de Incertidumbre frente a la enfermedad, forma para el adulto (MUIS-A) y el Cuestionario CARE - Q.

Población de estudio: Estuvo conformada por 50 personas que se encontraban recibiendo tratamiento en el Servicio de Medicina del Hospital Goyeneche durante la crisis sanitaria por COVID – 19, la cual empezó en Marzo del 2020 y se mantuvo hasta la ejecución de esta investigación. Asimismo fueron seleccionadas bajo criterios de inclusión y exclusión.

Resultados: Se obtuvo que el 70.0% de personas considero que el nivel de percepción de la calidad del cuidado que ofrece enfermería es “medio”; el 97.5% presentaron nivel “medio” de incertidumbre, después de aplicar la prueba estadística se determina que la percepción de la calidad del cuidado enfermero y nivel de incertidumbre no tienen relación estadística significativa ($P > 0.05$).

Palabras Clave: Calidad del cuidado enfermero, incertidumbre, enfermedad, personas hospitalizadas.

ABSTRACT

The following research work entitled "PERCEPTION OF THE QUALITY OF NURSING CARE AND LEVEL OF UNCERTAINTY AGAINST ILLNESS IN HOSPITALIZED PEOPLE AT THE GOYENECHÉ HOSPITAL MEDICINE SERVICE - 2020" had as a general objective to determine the significant relationship that exists between the perception of the quality of nursing care and level of uncertainty regarding the disease in people hospitalized in the Medicine service of the Goyeneche Hospital - 2020. The Pearson chi-square statistical test was used with a significance level of 5%. It is a descriptive cross-sectional correlational design study.

Method, Technique and Instrument: The method used was the survey, the technique was used the interview and the data collection sheet, the Mishel scale of uncertainty in the disease, adult form (MUIS-A) and the CARE-Q questionnaire were used as instruments.

Study population: It was made up of 50 people who were receiving treatment at the Goyeneche Hospital Medicine Service during the COVID – 19 health crisis, which started in March 2020 and was maintained until the execution of this investigation. They were selected under inclusion and exclusion criteria.

Results: It was obtained that 70.0% of people considered that the level of perception of the quality of care offered by nursing is "medium"; 97.5% presented a "medium" level of uncertainty. After applying the statistical test, it was determined that the perception of quality of nursing care and level of uncertainty do not present a significant statistical relationship ($P > 0.05$).

Key Words: Quality of nursing care, uncertainty, illness, hospitalized people.

INTRODUCCIÓN

La calidad del cuidado enfermero tiene por característica integrar varios aspectos como la moral, los principios y los valores éticos basados en el arte de cuidar. De esta forma, los cuidados aplicados sobrepasan el hecho de solo atender las necesidades físicas y/o biológicas. Además, la búsqueda de calidad resulta ser una oportunidad más para volver a escribir la identidad profesional de enfermería; puesto que el perfeccionamiento técnico y científico de la profesión está enfocado en mejorar la concepción de la organización interna de esta profesión. El fin es reformular estrategias para un mejoramiento sostenido, precisamente hasta que se brinde calidad en cada accionar de enfermería.

Por otro lado, se distingue la situación que vive la persona hospitalizada, para quien el ambiente hospitalario se convertirá en su nuevo entorno. La interacción en estos nuevos espacios, con personas y circunstancias podrían ser un tanto abrumadores ya que llegarían a alterar distintos aspectos de su vida, con los que estaba acostumbrado a convivir. Asimismo, para el usuario, el hecho de comprender y saber cómo sobrellevar una enfermedad termina siendo más complicado de lo que en algún momento pudo haber imaginado. Los nuevos síntomas y la poca información generan en ellos incertidumbre; el hecho de no tener la certeza de cómo se conducirán o evolucionarán frente a la enfermedad les resulta vacilante, incluso lo que les deparará el futuro resultará incierto.

Por consiguiente, el presente trabajo de investigación busca determinar la relación significativa entre la percepción de la calidad del cuidado enfermero y nivel de incertidumbre frente a la enfermedad en personas hospitalizadas. Esencialmente por ello es un estudio de tipo cuantitativo con diseño descriptivo correlacional y de corte transversal.

Asimismo, este estudio está organizado en cinco capítulos. El primero contiene la formulación del problema, los objetivos y los alcances. La segunda parte está compuesta por los antecedentes, la base teórica, la hipótesis y la definición operacional de términos. El tercero presenta el tipo y diseño de investigación, el procedimiento, la descripción del área de estudio, la población de estudio y los métodos, técnicas e instrumentos. El cuarto contiene la presentación y análisis

de los resultados con sus respectivas interpretaciones incluyendo la discusión. La última parte detalla las conclusiones y recomendaciones.

En resumen, esta investigación busca ofrecer aportes sustanciales en pro de la carrera profesional de enfermería, cuyo fin es mejorar, impulsar y valorar la importancia de los cuidados e intervenciones que pudieran aplicar las y los enfermeros a sus pacientes, recalcando que la calidad con que se brindan serán fundamentales en el proceso de recuperación y han de ser provistos desde una mirada holística.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La principal labor de enfermería es dedicarse al cuidado de las personas y por tal cumplen un papel fundamental dentro del ámbito de la salud. Los enfermeros se encuentran involucrados en los diferentes niveles de atención y en cada uno de estos niveles se procura brindar cuidados teniendo en cuenta las condiciones biológicas, psicológicas, culturales, sociales y espirituales de los individuos. Siendo estos determinantes en referencia a calidad en el ámbito de la salud. (1)

Para la Organización Mundial de Salud, “calidad” en el ámbito de la salud resulta ser primordial para el éxito de la cobertura sanitaria universal. Sin embargo, se ha evidenciado que la atención por parte del personal de salud se ha ido afectando de manera negativa y esta percepción se presenta generalmente en países del tercer mundo, que en países considerados como desarrollados. Incluso, a nivel internacional la vigilancia y el constante seguimiento de la calidad de la asistencia sanitaria aún muestran resultados negativos, convirtiéndose así en un tema preocupante para los profesionales y la población; ya que se trata de problema social y organizativo de las instituciones prestadoras de salud. Por consiguiente, ha significado un trabajo persistente a fin de superar estas dificultades, particularmente para el área de enfermería. (2)

Recientemente, la Organización Panamericana de la Salud reiteró cuan relevante es para una institución de salud contar con las siguientes cualidades: calidad de la atención y seguridad del paciente. Por ende se busca lograr los objetivos nacionales en salud como son el mejoramiento y conservación de la salud de la población apuntando hacia un futuro sostenible del sistema de atención en salud. Para ello, se ha pedido la participación de todos los profesionales que integran este gran sector, especialmente enfermería por ser el grupo de mayor extensión en lo que se refiere a recursos humanos. (3)

Asimismo en el Perú se pudo evidenciar que aún siguen presentándose casos en los que la calidad de atención de enfermería se ve afectada negativamente. Según los resultados del estudio elaborado por Monchón P, y Montoya GY. se muestra que los profesionales de la salud están perdiendo el toque de humanidad en la atención ofrecida a los usuarios de diferentes instituciones prestadoras de salud de la Costa, Sierra y Selva Peruana. Ante lo cual se exhorta a un ajuste en el cuidado humanizado y tomar como modelo de atención a aquella que capte las necesidades desde una mirada holística del ser, constituyéndose en un pilar para cimentar un trato de calidad en el cuidado de enfermería. (4)

En nuestro país la implementación de la calidad de atención están contempladas por las normativas del Ministerio de Salud. Estas sirven de guía para el accionar de los profesionales en el proceso de atención al paciente. Lo que se quiere es

que esta atención sea integral y para todos; basándose en los cuatro principios de la bioética profesional como son: la autonomía, beneficencia, no maleficencia y la justicia. (5)

Asimismo, la Ley N° 27669 denominada Ley del Trabajo del Enfermero(a), insta a que el profesional de enfermería participe en la prestación de servicios integrales de salud, cuyo carácter ha de ser científico, sistemático y tecnológico. El fin es que con los cuidados se logre incrementar la calidad de vida de la población que recibe asistencia. De ahí que la labor de enfermería es reconocida como notable para restaurar y mantener el estado de salud de la persona, familia y comunidad. (6)

En Arequipa, el hospital Goyeneche, es uno de los nosocomios más antiguos de la región y posee una alta incidencia de pacientes hospitalizados; sin embargo, así como otros, este no escapa de las constantes quejas de abuso y otros similares, publicadas por los medios de comunicación. Este es un asunto que también involucra al personal profesional y técnico de enfermería, quienes tienen un trato directo con los pacientes. Por tal, esto se convierte en la causa de inquietud de los posibles pacientes o pacientes en sí.

Ahora bien, las diferentes situaciones de desconfianza e incertidumbre que llega a experimentar un usuario de los servicios de salud puede presentarse en diferentes niveles, pues debido a la particularidad y siguiendo la visión holística de la persona, esta es variable entre los individuos aun cuando puedan compartir los mismos caracteres genéticos. Para ello se toma la definición del término incertidumbre en palabras de la teórica en enfermería, Merle H. Mishel, para quien es: “la incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad” y afirma que es un estado cognitivo, que ocurre en situaciones en las que el individuo es incapaz de construir eventos a falta de señales que guíen su conducta y le permitan responder adecuadamente a determinadas condiciones. La incertidumbre se manifiesta en un contexto, generalmente nuevo, donde el individuo presenta poca o nula capacidad para prever con precisión los resultados, originándose una serie de emociones, similar a lo que vive una persona en el momento en que está a la espera de llevar a cabo un proceso diagnóstico. (7)

Es decir, que frente a un nuevo suceso se manifiesta el temor, pero en simultáneo la incertidumbre en respuesta a dicho evento, porque la constante dinámica de sucesos que vive el ser humano esboza un entrelazado de todas las relaciones interpersonales con su ambiente.

La incertidumbre se describe como “ideas probables en el marco de una serie de sucesos que condicionan las creencias del individuo, en busca de un estado de continua certeza y previsibilidad”. Por lo tanto, el cuidado permanente que brinda enfermería influye en distintas dimensiones a las personas cuidadas. Si la situación que induce incertidumbre se considera parte de la experiencia de salud del individuo, entonces se puede esperar que dicha incertidumbre induzca algún tipo de afrontamiento, considerando que la forma en que afrontará la enfermedad haya estado influenciada o no por el cuidado enfermero percibido. (8)

Del mismo modo, ha sido posible verificar que tanto los indicadores objetivos y subjetivos de los síntomas de una enfermedad y del peligro de muerte se encuentran innegablemente asociados directa o indirectamente a la incertidumbre, influyendo de modo negativo en la calidad de vida de los individuos, los vínculos familiares, la sociedad.

Hoy en día, en nuestro país el estudio de la relación entre la percepción de la calidad de cuidado y nivel de incertidumbre es escasa; sin embargo la relación entre ambas parece lógica desde una perspectiva subjetiva. Dada la importancia de la calidad de atención del personal profesional de enfermería, el diagnóstico de la enfermedad en la población, así como el nivel de incertidumbre que por este y otros factores se puedan generar, resulta crucial investigar a fondo dicha relación.

Es así como surge la siguiente interrogante:

¿Existe relación significativa entre la percepción de la calidad del cuidado enfermero y nivel de incertidumbre frente a la enfermedad en personas hospitalizadas del Servicio de Medicina del Hospital Goyeneche - 2020?

B. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre la percepción de la calidad del cuidado enfermero y nivel de incertidumbre frente a la enfermedad en personas hospitalizadas del servicio de Medicina del Hospital Goyeneche - 2020.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Caracterizar la población de estudio según edad, sexo, estado civil y grado de instrucción.
2. Valorar la percepción de la calidad del cuidado enfermero por dimensiones en la población de estudio.
3. Valorar el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad por dimensiones en la población de estudio.

C. ALCANCES

Los resultados obtenidos servirán de apoyo para realizar investigaciones en poblaciones de características similares.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

A. ANTECEDENTES

GÓMEZ, I., CASTILLO, Y., ALVIS, L. (2015) Cartagena – Colombia. Llevaron a cabo un estudio descriptivo denominado “Incertidumbre en adultos con diabetes tipo 2 a partir de la teoría de Merle Mishel”; integrada por 163 pacientes que asistían al programa de atención primaria de instituciones que prestan servicios de salud. Los resultados señalaron que el 76.1% del total se encuentra en un nivel de incertidumbre medio. La población de estudio encontró confusa e inentendible la explicación brindada por los profesionales de la salud debido a la poca o excesiva información con uso de palabras no coloquiales. (9)

CIPRÉS, B. (2016) New York – USA. Su obra literaria “Dimensions of critical Care Nursing” contiene un estudio fenomenológico cualitativo, cuyo enfoque holístico y selectivo está dirigido a “Comprender la incertidumbre de los pacientes críticos en UCI, aplicando la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de Mishel”, con el objetivo de explorar, describir y comprender la relación de incertidumbre entre pacientes y familiares durante el proceso de enfermedad; los datos analizados dieron como resultado la incertidumbre del usuario reflejado en: "no saben lo que va a suceder", "si están progresando o no" o "si lo lograrán o no". (10)

FLOREZ, I. Y COL. (2018) Cartagena - Colombia. La denominación de su investigación fue “Asociación entre el nivel de incertidumbre y el tipo de enfermedad en pacientes hospitalizados en UCI”, la población de estudio estuvo conformada por 72 usuarios. De la investigación se encontró que la complejidad de la situación de salud: los síntomas, los tratamientos médicos o incluso quirúrgicos, provocaron niveles de incertidumbre indistintamente en cada usuario. Sin embargo, analizando a detalle las posibles fuentes de incertidumbre, se entreve que es afectada principalmente por la falta de confianza en el profesional que ofrece cuidados de salud. (11)

RIVERA, C. (2016) Lima - Perú. Realizó un estudio denominado “Adherencia al tratamiento e incertidumbre en pacientes con cáncer de cuello uterino”, la población de estudio fueron 92 mujeres, quienes recibían tratamiento ambulatorio para el cáncer. En el análisis se detectó que cerca del 50% de las pacientes tenían un promedio alto de adherencia al tratamiento, sin embargo poco más del 80% presentó alto nivel de incertidumbre con respecto a su enfermedad, asimismo se da a entender que a mayor nivel de incertidumbre menor es la adherencia al tratamiento. (12)

ECHEVARRÍA, H. (2017) Lima – Perú. La investigación tipo descriptiva: “Percepción del paciente sobre calidad del cuidado humanizado brindado por la enfermera en la Clínica Tezza -Lima”; contó con un tamaño muestral de 250 personas en la cual se pretendía conocer la percepción del paciente sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera en los servicios de hospitalización. Por ello los datos se reunieron utilizando la escala PCHE, cuyo análisis y

procesamiento señaló que el 84% considera como “excelente” la atención recibida, correlacionándose principalmente con la edad (<40), sexo femenino y de dos a cinco días de hospitalización. (13)

ZAPATA, P. (2019) Lima - Perú. La investigación realizada lleva por título “Percepción de la calidad de atención de enfermería en pacientes hospitalizados del servicio de un Hospital de Cuarto Nivel, Lima – 2019”. Siendo la población de trabajo 100 personas hospitalizadas; en los resultados se señalan que casi la mitad percibían los cuidados como “muy buenos”, mientras el resto aludía “completamente buena” y “buena”, ninguno calificó como regular o malo. Por lo tanto, la conclusión fue que la satisfacción de los pacientes resultó ser “muy buena” misma que estuvo en dependencia del grado de calidad de atención que brindaban las enfermeras. (14)

OBANDO, E. Y VILCA, M. (2019). Arequipa - Perú. Presentaron un trabajo de investigación llamado “Percepción del cuidado humanizado y nivel de ansiedad en pacientes del servicio de emergencia Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo. Arequipa – 2017”, la población de estudio estuvo constituida por pacientes del servicio de emergencias, de donde se encontró que más de la mitad percibían como “bueno” el cuidado enfermero, por lo que un alto porcentaje no presentaba ansiedad. De ello se llegó a la conclusión de que el cuidado humanizado disminuye los niveles de ansiedad. (15)

CCAMA, G. Y HANCCO, K. (2019). Arequipa - Perú. El estudio de investigación se denominó “Comunicación terapéutica e incertidumbre en usuarios de emergencia HNCASE Arequipa – 2018”. La población fue de 200 pacientes entre hombres y mujeres, de acuerdo con los objetivos planteados, los hallazgos muestran que gran parte de las personas encuestadas indican una calificación alta para incertidumbre y al medir la variable: comunicación verbal, no encontraron relación significativa con la incertidumbre; sin embargo, al medir la comunicación no verbal encontraron que mientras más alta sea ésta, la incertidumbre disminuye. Lo mismo ocurre con la comunicación terapéutica. (16)

B. BASE TEÓRICA

1. CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO

1.1 Enfermería y el cuidado enfermero

Enfermería se distingue por ser una carrera que demanda vocación para el servicio. Su finalidad no sólo exige el cuidado del ser, sino también, el respetar la vida y todo lo que este abarque. Concerniéndole para ello varias funciones como: efectuar los diagnósticos, ser partícipe de la administración de tratamientos y evaluar el modo en que la persona enfrenta las complicaciones de salud reales o potenciales en un determinado tiempo y espacio.

Ahora bien, en cuanto a la definición etimológica el vocablo cuidado proviene del latín 'cura' el cual se entiende como la acción de pensar, prestar atención, demostrar interés, poner todo el empeño y preocupación hacia un ente vivo u objeto. (17) Con ello se puede entender que velar por el bienestar de los pacientes es la parte sustancial de enfermería. Concretándose así un acto que insta el principio profesional para la preservación, recuperación y autocuidado de la salud basándose en la correspondencia enfermero/paciente.

Por otro lado, el cuidado enfermero también involucra el contacto cálido en simultaneidad con los elementos de una comunicación no verbal. De esta forma el paciente percibe y siente apoyo incondicional por parte de los profesionales de enfermería, sintiendo así menos ansiedad, encontrándose sosegado y con mayor ánimo para enfrentar las circunstancias que vive por causa de alguna dolencia o enfermedad.

Incluso el cuidado no solo se vale de la parte humana (interacciones), sino también de la parte científica, como comprender el conocimiento que utiliza la enfermera y asumir la responsabilidad de implementarlo por medio del desarrollo del quehacer enfermero. Como lo menciona Madeleine Leininger; el dominio de los procesos, la práctica correcta de la labor de enfermería y los conocimientos son indispensables para la pronta

recuperación y/o conservación del estado de salud de las personas sujetas del cuidado. (18)

El cuidado involucra por tanto, un acto comunicativo verbal y no verbal, acciones en pro de la reducción del dolor físico y la angustia, la empatía a fin de considerar el estado general de la persona, y el entrelazamiento, que apunta al acercamiento del cuidador y la persona cuidada. Esto dentro del propósito terapéutico; de modo que el fin supremo del cuidado enfermero sea el bienestar del paciente. (19)

1.2 Proceso de cuidar

Punto base del sistema asistencial. El enunciado “proceso de cuidar en enfermería” congrega el modo de pensar y la forma de hacer de los profesionales. Es así como esta manera de pensar y proceder se precisará cuando esté dirigida a un sujeto concreto, entendido como individuo o como colectividad. Es decir, según el contexto el término se puede aplicar no solo a un individuo sino a la familia o comunidad en su conjunto. Pues “sujeto” se distinguirá como “aquel ser del cual se advierte alguna cosa”. (20)

De esta forma, el proceso de cuidar en enfermería se definiría como el desenvolvimiento de toda competencia propia de la carrera de enfermería. Dicho en otras palabras, es crear un pensamiento único y característico, pero en torno al ser humano lo que incluye su salud, el entorno, el cuidado y una forma de actuar supeditada a los resultados de la acción de pensar.

De ahí que la valoración del proceso de enfermería incluya también la evaluación del desempeño técnico, la evaluación del conocimiento y los juicios que sirvieron de guía en las intervenciones de cuidado y la capacidad para ejecutar dichas acciones. (21) Por tal la planificación y la aplicación de las diferentes acciones de enfermería giran en torno al sujeto del cuidado.

1.3 Ser cuidado o sujeto del cuidado

Para enfermería el ser cuidado o sujeto del cuidado es la persona, es decir, el ser humano como tal. De quien se sabe que es un ser biopsicosociocultural y espiritual. Por ello, se tiene en cuenta la definición

de Jinich H., quien describe al sujeto tal cual un sistema complejo, donde el todo es casi imposible explicarse a través del estudio como la suma de sus componentes, sino por medio de sus propias leyes y tanto funciones nuevas como emergentes.

En consecuencia, si se logra dar alguna modificación en cualquiera de los niveles de organización estas llegarían a tener un efecto en el desarrollo y función de la persona. Esto lo podemos comprender de la siguiente manera: El ser humano en su estructura y desenvolvimiento se compone de una categorización de los sistemas naturales (niveles de organización). Según lo describe Jinich H. los sistemas naturales están establecidos de la siguiente forma: biosfera, sociedad - nación, cultura, comunidad, familia, pareja, persona, sistema psico-neuro endocrino-inmunitario, aparatos, órganos, tejidos, células, organelos, moléculas, átomos, partículas subatómicas. (22) Desde este punto de vista, se indica que el individuo está en un nivel superior al orden orgánico y al mismo tiempo en un nivel inferior al orden social. La persona está en el medio, por lo que cualquier cambio en ella va más allá de uno o dos o más componentes básicos del sistema.

Es decir, absolutamente todo lo que se produce internamente en el individuo afecta tanto su desempeño que cambia su respuesta como unidad. Además, no solo se delimita a la mera transformación del estado físico, sino que también puede extenderse a la parte social y espiritual de la persona, del cual este último, aunque no se mencione en la jerarquía de sistemas, es también importante para el desempeño diario de sí mismo. Por lo tanto, lo que ocurre de forma extrínseca a la persona, lo que pudiéramos distinguir como entorno, influye indistintamente en su estructura individual y social. Es primordial saber esto ya que los enfermeros toman en cuenta las respuestas humanas para así proveer los cuidados pertinentes basándonos en las necesidades de la persona.

1.4 Calidad en el ámbito de la salud y en enfermería

Desde una perspectiva amplia, el proceso evolutivo de la concepción de calidad en el ámbito de la sanidad ha tenido que pasar por una larga transformación. La razón es porque éste es un elemento fundamental para

valorar la efectividad de las instituciones de salud. Los expertos en el tema definen “calidad” como sigue:

Para Edwards Deming es la consumación máxima de las expectativas de los usuarios al ver satisfechas la mayoría o totalidad de sus necesidades; simultáneamente, propiciando un ambiente de respeto, seguridad y colaborando en el quehacer del prestador de la asistencia o servicio.

Del mismo modo, Avedis Donabedian señala que la calidad es un distintivo de los servicios que proveen las entidades de salud. La calidad es posible lograrla en distintos ámbitos, lo ideal sería en todos los niveles de atención, para que de esta manera se alcance el más alto grado de satisfacción de la prestación brindada. Además, Donabedian refiere que la calidad en el sector salud fomenta, suministra y asegura la excelencia en salud y el bienestar en la comunidad.

Por otro lado; Florence Nightingale, quien fue la pionera al insertar la acepción de calidad en el cuidado enfermo, postuló lo siguiente: las leyes de la enfermedad son posibles de cambiar, si contrastamos los servicios brindados con los logros obtenidos, al mismo tiempo en que se implementan herramientas para precisar los métodos del cuidado y la respectiva seguridad de su prestación en los nosocomios. (23) Es así como se va introduciendo la percepción del paciente como un medio que facilita la evaluación de la calidad de la atención, así mismo, la evolución y el restablecimiento de la salud también se convierten en indicadores de la calidad en la atención sanitaria.

Recientemente, la Organización Mundial de la Salud incorporó en su marco “calidad en la atención” a modo de propósito del macro proyecto de salud dirigido al público en general. A la par determina cuales son los requerimientos de calidad en salud siendo estos: máximo nivel profesional, utilización efectiva de los recursos, bajo riesgo para el usuario y elevado porcentaje de satisfacción tanto para el individuo como la comunidad. Lo que promueve la OMS es que el profesional de salud se comprometa con el bienestar total de la persona tomando cuenta todas las esferas que involucra el estado integral de salud. (24)

Al mismo tiempo, la OPS entiende la calidad como la convergencia de propiedades de un producto o servicio que se corresponden con las necesidades e intereses del público usuario. De este modo se puede resolver que el objeto de brindar calidad no sólo se sitúa en el acatamiento de estándares o indicadores, sino que también están orientadas más que todo a la atención integral del ser cuidado, donde el indicador más importante termina siendo la apreciación que tiene el usuario sobre el cuidado recibido. (25)

Finalmente lo que se quiere lograr es que la labor de enfermería cree un impacto positivo y eficaz en el usuario; encaminando la ejecución del cuidado de enfermería al objetivo principal (el ser que recibe cuidados). Así, la satisfacción de las necesidades y lo que espera el ser cuidado se logran contemplando todas las dimensiones y sistemas estructurales con una perspectiva integral del marco salud – enfermedad.

1.5 Calidad del cuidado humano y cuidado humanizado

El cuidado enfermero o cuidado en enfermería en líneas generales hacen referencia a lo mismo: cuidado de la vida humana. Es decir, enfermería es quien protege y fomenta la dignidad, al mismo tiempo que salvaguarda la humanidad de los individuos. Aquello que se establece como humano se aprende en la interacción, pues queda habilitada con el descubrimiento de las necesidades de la persona, en consecuencia, comprende sus creencias, valores y el lente interpretativo por medio del cual contempla su entorno. Es así como el cuidado humano, procura convertirse un ideal moral, que trascienda la praxis y vaya más allá de la labor del enfermero(a) produciéndose situaciones colectivas de la profesión que tienen alcances significativos para la vida humana. Por tal, el profesional de esta área debe aprender y perfeccionar habilidades y/o estrategias para proporcionar un cuidado humanizado, en la misma medida como el progreso de las ciencias y las tecnologías le otorga maniobras y actuaciones ante la enfermedad. Pues, cuidar demanda de los profesionales de la salud disponer de sus atributos humanos; la facultad de pensar racionalmente y la capacidad de sentir, comprender y empatizar con el paciente. Justamente, ya que si bien

para curar y tratar una enfermedad se necesita conocerla, mas para cuidar se exige conocer a la persona como tal, como un todo.

Es más, el valor del cuidado humano descansa en la enfermera creativa, siendo su existencia trascendental en el proceso de recuperación. Es decir, acompaña a la persona sujeta del cuidado durante la enfermedad hasta el goce pleno o el mantenimiento sostenido de la salud. Y como bien lo señala Expósito y López: la calidad del cuidado humano involucra adjudicarse una actitud de ofrecer y recibir a fin de favorecer la relación enfermera-paciente, manteniendo en el proceso actitudes de libertad, flexibilidad, calidez, interés, neutralidad, carente de actuaciones tiranas y centradas en lo que suceda en la interioridad del otro. (26)

Por lo que el cuidado implica conocer y distinguir a cada ser humano, interesarse por él. Muy a pesar de las contrariedades que se presenten en la labor de enfermería, es decir, por el efecto estresante para el cuidador o porque requiere más atención o tiempo del planeado para abordar las necesidades personales del ser cuidado. Con una buena organización y la participación total del equipo multidisciplinario, incluido el compromiso de las autoridades, es que se logrará alcanzar la calidad y la humanización del cuidado.

1.6 Importancia de brindar calidad en el cuidado

Resulta que la atención al paciente es la esencia de la carrera de enfermería; empero coexisten condicionantes que intervienen en el quehacer del profesional, desestimando en algunas ocasiones, que el objeto de ésta sea el respeto a la vida y el cuidado profesional del sujeto.

El cuidado de los pacientes implica una secuencia de actividades dependientes entre sí mismas que tienen por propósito y función conservar la salud del individuo, esto con la finalidad de concebir y/o prolongar la vida. Esto asegura que se satisfagan las diversas necesidades de las personas, familias y comunidades que experimentan una vida en salud en contacto constante con su entorno.

Juárez y García señalan que es necesario destacar la importancia de la calidad del cuidado enfermero a nivel global. Especialmente sugieren prestar atención más que suficiente en el ámbito práctico, ya que es indiscutible que ésta integra la producción de servicios sanitarios, siendo un hecho relevante para alcanzar dos de los propósitos finales tales como; el alta del paciente y la continuidad de la vida con salud. Por ello, es importante enfatizar que el ideal de brindar cuidados basados en calidad incurre en el mejor modo de no solo servir a los intereses institucionales, sino también, a las personas usuarias de los servicios. Adoptando una visión integral y ética de tal manera que se logre cumplir con las expectativas y la normatividad en simultáneo. (27)

1.7 Percepción de la calidad del cuidado enfermero

Para comenzar, se cita a Bruce E., quien define percepción como una vivencia basada en sensaciones conscientes, por lo que la persona está en la capacidad de interpretar la composición de ese todo para así enfocarnos en lo que más nos concierne en determinado momento. Es decir, la percepción es una capacidad de recibir señales o estímulos y distinguir cada parte del ambiente que nos rodea a través de los órganos sensitivos.

Asimismo, se menciona que mediante la percepción nos vinculamos con la realidad y no solo con ella, sino también con todos los seres vivos que la constituyen. Además; la concepción mental hace uso de las experiencias y necesidades, derivando de un proceso de selección, sistematización y comprensión de las sensaciones. Selección porque el sujeto distingue las sensaciones como elementos recibidos en base a sus particularidades (cualidades propias del individuo) de esta forma se involucra consciente o inconsciente recopilando los mensajes que llegan. Luego, en la sistematización, estas se organizan a fin de facilitar su interpretación y dar lugar al constructo mental del estímulo procesado. (28)

Ahora bien, la percepción del paciente hospitalizado proviene de una experiencia sensorial consciente y puntual que le faculta el saber cómo se ofrecen los cuidados recibidos, concretando juicios y opiniones sobre ellos, para luego seguir un proceso subjetivo que gira en torno a lo captado. Para

ello se inicia ubicando la percepción en la porción consciente de la mente, la cual deriva a una reflexión rápida de las condiciones del cuidado. De ahí, como último, emitirá un juicio partiendo del proceso imagen-sensación recepcionado en base a la experiencia de lo percibido, de sus anhelos, incluso de sus hábitos siendo el resultado una apreciación de agrado o desagrado en torno al cuidado.

Por lo tanto, la percepción de los cuidados en el ámbito de enfermería toma un gran valor en el preciso instante en que se mide la calidad del cuidado. La percepción surge desde la subjetividad de cada persona; donde este último por ser caracterizado con un ser único y complejo, porque involucra varios aspectos (biopsicosociocultural-espiritual), tiene la particularidad de generar un juicio como más le parezca en respuesta al medio externo.

1.8 Modelo CARE-Q de calidad de servicio

El cuestionario CARE-Q fue elaborado por Patricia Larson en el año 1981 y enmarca al cuidado como acciones que son deliberadas en base al raciocinio profesional. Por lo que están encaminadas a los cuidados físicos y preocupación emocional que buscan promover una sensación de seguridad en el paciente. Este cuestionario cuenta con una validez interna del 0.88 - 0.97 según el estimador Alfa de Cronbach.

El instrumento fue reconocido y usado en varios países del mundo, por ello, ante la necesidad de medir los cuidados y llevar a cabo la aplicación de este en el territorio sudamericano es que en el 2009 recién se pudo concretar su adaptación, validación y al mismo tiempo la conversión al idioma español. En seguida, fue puesto en práctica en un estudio realizado en Colombia, donde se consigue una validez interna de 0.868, con una varianza explicada del 52%. (29)

Cabe añadir que, el cuestionario CARE-Q fue utilizado en múltiples investigaciones de escala nacional e internacional. Las dimensiones que estructuran este instrumento son:

- a. Accesibilidad: Se refiere a que la práctica del cuidado es fundamental en el proceso de ayuda proporcionado oportunamente. Como por ejemplo,

mantener cercanía con la persona cuidada/paciente, dedicándole para ello el tiempo adecuado. Esto hace referencia al nivel de interacción y comunicación que se ocupa en ambos, es decir, en la correspondencia mutua sujeto - enfermera. Donde una de las partes buscará saciar aquellas expectativas y necesidades del otro en busca de una pronta recuperación en salud. Obviamente todo dependerá de un tiempo y espacio determinado ya que estos también influyen en esta dimensión.

- b. Explica y facilita: Alude a los cuidados que efectúa el profesional para poner en conocimiento la información y/o temas que para el paciente son muchas veces nuevos o cuando hay cierta dificultad a la hora de comprender las condiciones que implican padecer una enfermedad, tratamiento o recuperación. Ante estas situaciones, el enfermero se convierte en un facilitador de información, de manera que ésta sea presentada de forma clara, precisa y sobretodo sea pertinente, permitiendo así la ejecución de los cuidados planificados.
- c. Conforta: Son aquellos cuidados que el profesional enfermero plantea y ejecuta con la intención de que la persona hospitalizada (y al mismo tiempo sus familiares si fuera el caso) se sienta o sientan cómodos. Se trata de brindar motivación, confort, calidad en atención e insertar a la familia, haciéndola parte del proceso de recuperación. De esta forma se crea un ambiente adecuado que consiga influir positivamente en el bienestar del sujeto.
- d. Se anticipa: Enfermería valora y ajusta los cuidados que planifica y prevé con anticipación, lógicamente tomando en cuenta los requerimientos de la persona hospitalizada. El objetivo es prevenir futuras complicaciones. Se explican los procedimientos que se llevaran a cabo, construyendo planes de cuidado eficaces y distinguiendo los problemas potenciales y reales junto a las estrategias de mejora.
- e. Mantiene relación de confianza: Referido a aquellos cuidados que tienen por finalidad crear empatía (enfermera - paciente). Asimismo, están orientados a la óptima y pronta recuperación, en un ambiente de confianza para con el personal que los atiende a fin de fomentar

serenidad y al mismo tiempo seguridad. Propiciando la proximidad y presencia física del cuidador al usuario.

- f. Monitorea y hace seguimiento: Son las acciones de enfermería que toman el conocimiento propiamente científico y hacen parte de la práctica, de cada procedimiento realizado en el ambiente de trabajo. Con ello se logra poner a prueba su organización y dominio a la hora de aplicar cuidados. Necesariamente están contenidos en los planes y acciones de seguimiento que son ejecutados durante su jornada de trabajo, para así enseñar al grupo de enfermería y a la familia las evidencias de su labor. Quedando asegurada toda acción hecha de la manera más adecuada posible y en el tiempo pertinente.

2. INCERTIDUMBRE FRENTE A LA ENFERMEDAD

2.1 Definición

Respecto a la definición literaria del término incertidumbre, se la considera como la insuficiencia de información sobre sucesos extrínsecos a la planificación que advierte su vida diaria en función de sus dinámicas mentales.

Mishel la define como “insuficiencia en la determinación del significado de los eventos vinculados con la enfermedad”; lo presenta como un estado cognoscente, en la que al individuo le es imposible planificar eventos ante la ausencia de signos.

2.2 Características de la incertidumbre

- a) Es absolutamente no identificada: Descrita así por Merle Mishel con el fin de dar a entender el proceso de una enfermedad, y cómo repercuten en ella distintas causas que conducen a una mayor o menor incertidumbre.
- b) Se la puede considerar como advertencia: Con el tiempo puede lograr que las preocupaciones y emociones negativas debiliten la voluntad

emocional. Esto se verá acompañado de sentimientos de ansiedad y congoja, generando incertidumbre sobre el porvenir de su enfermedad.

- c) Se la puede considerar como una oportunidad: La terminología hace referencia a la incapacidad del individuo para poder dilucidar la interpretación de los síntomas relacionados con la enfermedad. Viéndose así, relacionado con tres factores: estado cognitivo, marco motivacional (aludido a la clasificación de los síntomas) y conciencia fáctica. Las instituciones sociales que brindan estructuras como: educación, asistencia social, credibilidad por autoridad, etc.; ayudan al debido cuidado, a construir mecanismos de afrontamiento, con la finalidad de lograr la adaptación a la enfermedad.

2.2 Consecuencias de la incertidumbre

En su mayoría los individuos viven con mucho miedo e inquietud al hacer frente a la enfermedad que coacciona sus vidas.

Cuando se determina el diagnóstico, este conllevará a seguir tratamiento médico que incluye modificar su estilo de vida (hábitos), afrontar la probabilidad de no poder concretar futuros proyectos, e incluso la probabilidad de muerte. Todos los inconvenientes tanto reales como irreales ante el diagnóstico de la enfermedad desconocida o de efecto mortal pueden resultar relevantes, causando ansiedad en los pacientes e incluso llegar a una alteración psicológica, debido a que se ven desbordados al no saber de qué manera afrontarlos o atenuarlos.

Cuando existen enfermedades crónicas, donde la sintomatología empieza de manera espontánea y variable, la incertidumbre devasta y acelera alarmantemente la salud integral del paciente, manifestando también un daño colateral a la familia del mismo; expresándose en congoja mutua. Si esta situación no se aborda de manera oportuna, conllevaría a precipitar el avance de la enfermedad, conduciendo al paciente a un desgaste tanto corporal como cognitivo; causando cuadros de ansiedad, depresión, desesperación, etc... en ambos (pacientes - familiares).

2.3 Intolerancia a la incertidumbre

Ante una condición de enfermedad, un factor connatural es la incertidumbre; aunque todos los individuos la experimentan, existe un cambio significativo en cómo los individuos la afrontan al margen del curso de la enfermedad. Las particularidades de estos casos no son sencillas, a razón de esto se plantea que la idea de incertidumbre es una decisión individual, dependiendo de la importancia que se le otorgue y de cómo sea estudiada; considerándola un cofactor de cuadros de ansiedad y depresión posterior.

2.4 Incertidumbre en el paciente hospitalizado

La incertidumbre de un individuo hospitalizado de manera ocasional o permanente por enfermedad, provoca sensación de pérdida de control ante las posibles amenazas, riesgos u otros potenciales acontecimientos destructivos; concomitante a agravar la agudeza de las manifestaciones corporales y llegar a las emocionales.

3. TEORÍAS DE ENFERMERÍA RELACIONADAS A LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO Y NIVEL DE INCERTIDUMBRE

3.1 Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de Merle H. Mishel

La Teoría de la Incertidumbre describe cómo los individuos desarrollan a nivel cognitivo, estímulos relacionados con la enfermedad y elaboran una interpretación de dichos eventos. Comenzaremos dando definición del término incertidumbre:

- Incertidumbre se define a “tener duda sobre algo, falta de seguridad” (Diccionario Enciclopédico Norma).
- Falta de Certidumbre (Diccionario de la RAE).
- “Certidumbre tiene dos interpretaciones: seguridad subjetiva de la verdad de una epistemología y seguridad que ofrece acerca de su veracidad” (Abbagnano).

Simplificando las definiciones antes mencionadas sobre Incertidumbre, podría ser: disyuntiva sobre una cuestión subjetiva que implica el conocimiento de su veracidad.

Mishel unifica el concepto de incertidumbre con los conocimientos teóricos de enfermería, y parte de la siguiente premisa: “es la ineptitud para explicar los eventos asociados a la enfermedad”. Presentando una correlación con lo propuesto por Calvo en el artículo “La ciencia y el imaginario social”, en el cual nos dice que el saber común y el saber científico (epistemologías) juegan un papel fundamental en precisar lo que entendemos. Siendo necesario el saber científico para dilucidar las situaciones que se van exponiendo. La hermenéutica que se haga de un objetivo preliminar, supone su inserción en un marco teórico que ayude a entender mejor el fenómeno a analizar; a carencia de los marcos teóricos, el investigador no podrá analizar dicho evento.

Lo mencionado anteriormente se relaciona con lo que Mishel da a conocer sobre las personas; ya que cada uno tiene un marco conceptual propio sobre la enfermedad y elementos para evaluar dicho proceso. A raíz de ello, podemos desprender dos respuestas: la oportunidad y la amenaza.

3.1.1 Fuentes teóricas

Al principio de la investigación de Mishel sobre la Incertidumbre, la definición no había sido utilizada en el marco de la salud y de la enfermedad (Mishel, 1998). Esta teoría está basada en paradigmas actuales de procesamiento de información y en el análisis de la identidad de Budner, que tiene su raigambre en la psicología; considerando a la incertidumbre como un estado cognitivo, producto de una secuencia de estímulos insuficientes para construir un esquema cognitivo.

El aporte y la aplicación de la base teórica de Mishel está relacionada a la investigación de Lazarus y Folkman (1984) sobre el estrés, la valoración, el afrontamiento; dando lugar al concepto de incertidumbre, como factor de estrés en relación a la enfermedad.

En la nueva conceptualización de Mishel (1990), entrevió que en las naciones occidentales, la perspectiva científica era mecanicista, en razón al control y la predictibilidad. Mishel usa la Teoría Social Crítica, en la cual reconoce la ruta inherente de la teoría original, que transluce entre la certeza y la adaptación. De tal manera agrega la epistemología de la Teoría del Caos, la cual es enfocada en sistemas abiertos, que nos permiten tener una representación de cómo una enfermedad crónica provoca inestabilidad, y de cómo los individuos comienzan a asumir un estado permanente de incertidumbre con el fin de darle un inédito significado a la enfermedad.

3.1.2 Pruebas empíricas

La Teoría de la Incertidumbre frente la Enfermedad de Merle Mishel muestra grandes logros en pacientes hospitalizados; empleando datos cuantitativos – cualitativos, que dan lugar a la primera percepción de la incertidumbre en el marco de la enfermedad. A partir de la difusión de la Escala de Incertidumbre de la Enfermedad de Mishel (Mishel, 1981) se realizaron investigaciones exhaustivas sobre la experiencia incierta de los individuos adultos con enfermedades crónicas o potencialmente mortales. Se recopiló evidencia empírica e importante para cotejar el modelo metodológico propuesto por Mishel en individuos adultos. Últimamente se han incorporado nuevos estudios referidos a la incertidumbre que analizan de manera minuciosa los estados actuales de la base teórica.

La puesta en práctica de estos estudios se ha concentrado netamente en dos precedentes de la incertidumbre: el marco conceptual de los estímulos y las fuentes de la estructura; además de la correlación entre la incertidumbre y los efectos psicológicos.

Diversos estudios han identificado que los indicadores objetivos y subjetivos ante la amenaza de muerte y la tipología de síntomas de una enfermedad evidencian una relación positiva con la incertidumbre. En una situación persistente de enfermedad, la imprevisibilidad del inicio, extensión e intensidad de los síntomas se asocian a la incertidumbre. De

igual manera, el ambiguo desarrollo de los síntomas y la posterior dificultad para esclarecer el sentido de las percepciones físicas, comúnmente son vistas como causas de incertidumbre.

Mishel y Braden (1988) entrevistaron sobre la incertidumbre, que la ayuda social tiene un impacto directo, ya que minimiza la complejidad percibida; e impacto indirecto, por la predicción del tipo de síntomas. La percepción de futuros prejuicios sociales en enfermedades determinadas, como por ejemplo: VIH o el síndrome de Down, generan en las familias incertidumbre ya que no saben la manera de reaccionar de su entorno social.

Cuantiosos estudios han dado a conocer la repercusión negativa de la incertidumbre en el aspecto psicológico como el estrés, la disforia, la irritabilidad emotiva y otros trastornos psicológicos.

Se hizo una revisión del concepto de la Teoría de la Incertidumbre (Mishel, 1990), en la cual se adaptó las reacciones frente a la incertidumbre generadas por el tiempo a personas con enfermedades crónicas. Se llegó a la conclusión de que quizá no se logre hacer frente a los problemas que genera la incertidumbre, pero a pesar de ellos el individuo debe asumirlos como una realidad patente. Bajo este discernimiento, podemos ver a la incertidumbre como otra opción que nos puede proporcionar una nueva perspectiva de vida regido por la probabilidad. Para tenerla como una nueva perspectiva de vida, el paciente debe dar su confianza a los recursos sociales y personal de salud, los cuales optaran por la doctrina de la posibilidad (Mishel, 1990). Si la incertidumbre fuese una nueva manera de afrontar la enfermedad se convertiría en una visión positiva y resiliente, mejorando la actitud de los pacientes (Gelatt, 1989; Mishel, 1990).

La reformulación de la Teoría de la Incertidumbre frente a la enfermedad está avalada por estudios cualitativos ejecutados a personas con enfermedades crónicas. El curso de desarrollar una nueva perspectiva de vida para las mujeres con carcinoma de mama y enfermedades cardíacas se explica a continuación: la revaluación de la perspectiva de

la vida (Hilton, 1988), nuevas metas en la vida (Carter, 1993), diferentes maneras de vivir en el mundo (Mast, 1998; Nelson, 1993), vivir y crecer con incertidumbre (Pelusi, 1997), además de una forma distinta de decidir la vida. En investigaciones ejecutadas a varones con enfermedades crónicas, se describió el proceso como: un cambio de identidad y nuevas metas en la vida (Browm y Powell-Cope, 1991), la interpretación de la incertidumbre como una oportunidad (Baier, 1995), la redefinición de la normalidad y un nuevo enfoque para soñar (Mishel y Murdaugh, 1987).

3.1.3 Principales definiciones

Merle Mishel adapta las siguientes definiciones en 1988:

- a. Incertidumbre: Facultad de determinar la importancia de los acontecimientos relacionados con la enfermedad; se manifiesta cuando quien toma las decisiones es incapaz de identificar, diagnosticar o predecir el resultado de los eventos.
- b. Esquema Cognitivo: Interpretación personal del individuo acerca de su enfermedad, atención médica y hospitalaria.
- c. Marco de Estímulos: Estructura u organización de los estímulos interpretados por el individuo, organizándose en un marco cognitivo.
- d. Clasificación de los Síntomas: Relacionada con la medida en que los síntomas persisten como modelo o patrón.
- e. Familiaridad de los Hechos: Se basa en la frecuencia y repetición de una situación o en la forma en que se pueden identificar las pistas.
- f. Coherencia de los Hechos: Se alude a la correlación entre la expectativa y lo que sucede respecto a los eventos de la enfermedad.
- g. Fuentes de la Estructura: Simbolizan los elementos que existen para abastecer al individuo en un marco de estímulos.
- h. Autoridad con Credibilidad: Referido al grado de confianza entre paciente – cuidador.
- i. Apoyo Social: Cuando esta es recibida repercute en la incertidumbre, ayudando a interpretar el significado de los hechos.

- j. Capacidades Cognitivas: Aptitud del individuo para procesar información, evidenciando las habilidades propias como respuesta ante diferentes acontecimientos.
- k. Inferencia: Evalúa la incertidumbre utilizando recuerdos de experiencias asociadas.
- l. Ilusión: Relacionado a las convicciones que surgen debido a la incertidumbre.
- m. Adaptación: Evidencia la relación entre factores biológicos, psicológicos y sociales dentro de los comportamientos generales e individuales.
- n. Nueva Perspectiva de la Vida: Expresa la reestructuración de un inédito significado del orden de los eventos, resultado de integrar la permanente incertidumbre en la propia estructura del individuo, aceptándola como un medio nato de vida.
- o. Pensamiento de la probabilidad: Aludida a la convicción en un sistema condicional, eludiendo el anhelo de un contexto de continua convicción y predictibilidad.

3.1.4 Principales supuestos

La Teoría de la Incertidumbre frente a la Enfermedad de Mishel, difundido por vez primera en 1988, incluye diferentes supuestos de gran relevancia. Los primeros dos supuestos reflejan la primera concepción de la incertidumbre dentro de los marcos de proceso de información psicológica:

- La incertidumbre es una condición psicológica que representa el desajuste del marco cognitivo actual, cuya labor es ayudar a interpretar los hechos que surgen a raíz de la enfermedad.
- La incertidumbre es una experiencia interna valiosa en sí misma.

Los otros dos supuestos evidencian los fundamentos de la Teoría de la Incertidumbre en los modelos de afrontamiento y estrés tradicional, que proporcionan una relación lineal: estrés- sistemas de afrontamientos – relación de adaptación como sigue:

- La adaptación refleja la persistencia del comportamiento biológico, psicológico y social natural del individuo e integra el esperado resultado de la determinación del afrontamiento, sea para disminuir el nivel de incertidumbre (vista como amenaza u oportunidad).
- La correlación entre el estudio de enfermedad, incertidumbre, evaluación, estrategias de afrontamiento y adaptación, es lineal y unilateral; va desde las situaciones de incertidumbre hasta la adaptación. (30)

3.2 Teoría del cuidado humanizado de Jean Watson

La Dra. Watson nace en 1940 en Estados Unidos. Lo resaltante de esta teórica es su compromiso con la carrera de enfermería, quien mediante la investigación alcanzó notables logros para su profesión. Watson inició la teoría del cuidado humanizado con el fin de resolver los constantes cambios provenientes de las instituciones sanitarias con una perspectiva netamente clínica, técnica y al mismo tiempo, económica, la cual influía en los valores del cuidado y la profesión de Enfermería.

Teoría del cuidado humano

Esta teórica es partidaria del hecho que el cuidado ofrecido por enfermería ha de ser más interpersonal, lo que implica el aspecto humano reflejado en una interacción transpersonal y espiritual entre enfermera-paciente. El fin es conectar también con lo más profundo del paciente y no solo ceñirse a su aspecto físico. Por lo tanto, descubre la necesidad de humanizar los cuidados, pues es parte de la naturaleza de nuestra labor, proveyendo un conjunto de valores encaminados a promover la Enfermería como la carrera más científica, social y moral.

Watson estudió el cuidado de enfermería partiendo de una perspectiva filosófica (existencial – fenomenológico) considerando los fundamentos espirituales, viendo al cuidado como representación moral y ética de nuestra profesión, dicho en otras palabras, ve el cuidado humanizado tal cual un nexo terapéutico elemental que tiene lugar en la interacción del

hombre y su prójimo. Por supuesto, para enfermería tiene una acepción más amplia y se trata básicamente de la naturaleza humana, al punto que se precisa el cuidado de la siguiente forma: Brindar ayuda al otro en su proceso de crecimiento y contribuir en su desarrollo como hombre. Es un modo de interactuar con otra persona que supone mejora. Lo descrito anteriormente hizo que Watson logre articular sus premisas teóricas, simultáneamente con las premisas básicas que puntualiza el arte de enfermería.

3.2.1 Metaparadigmas

- a) Persona. Desde el enfoque existencialista, Watson llega a la conclusión de que el hombre es un ser en el universo. Quien por contar con la unidad de mente – cuerpo y espíritu, vivencia teóricamente el Gestalt; entendiéndose así al ser humano como un todo que busca su desarrollo y crecimiento como persona.
- b) El entorno. Lo conforma el medio objetivo y externo valiéndose del marco mental de referencia individual. Asimismo, ésta se sustenta en el campo de la fenomenología comprendiendo así la autopercepción, las creencias, las expectativas y la secuencia histórica (el ayer, el hoy y el mañana anhelado).
- c) Salud. Para Watson, salud viene siendo un término asociado con la unidad y el equilibrio de mente, cuerpo y alma. La relación se da según el grado de coherencia entre la autopercepción y la auto experiencia.
- d) Enfermería. Su esencia recae principalmente en el proceso transpersonal del cuidado. Watson concluye: Enfermería es un arte, por ende es humanista. En efecto, ya que cuando una enfermera experimenta y comprende otras emociones, le da la capacidad de reconocer y sentir esas emociones y, por lo tanto, expresarlas de la misma manera que otra persona lo está experimentando. (31)

SISTEMA DE VARIABLES

VARIABLE PRINCIPAL: Nivel de incertidumbre frente a la enfermedad.

VARIABLE SECUNDARIA: Percepción de la calidad del cuidado enfermero.

C. HIPÓTESIS

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Existe relación significativa entre la percepción de la calidad del cuidado enfermero y nivel de incertidumbre frente a la enfermedad en personas hospitalizadas del servicio de medicina del Hospital Goyeneche - 2020.

HIPÓTESIS NULA

No existe relación significativa entre la percepción de la calidad del cuidado enfermero y nivel de incertidumbre frente a la enfermedad en personas hospitalizadas del servicio de medicina del Hospital Goyeneche - 2020.

D. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

1. PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO

La percepción de la calidad del cuidado en enfermería es una facultad individual que parte del proceso cognitivo del paciente. Este último usa la subjetividad para crear juicios de valor a partir de lo captado, en este caso los cuidados recibidos. (32)

Variable de naturaleza cualitativa, fue medida en escala ordinal; a través del Cuestionario Care Q, dirigido a los pacientes hospitalizados del Servicio de Medicina del Hospital Goyeneche.

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO	PUNTAJE (*)
BAJO	De 46 - 92 pts.
MEDIO	De 93 - 138 pts.
ALTO	De 139 - 184 pts.

De acuerdo con sus dimensiones:

- a. Accesibilidad: Es la relación de apoyo suministrada de forma oportuna en la persona acreedora de los cuidados de enfermería. Incluye 5 ítems (1 – 5).
 - De 5 - 10 puntos: bajo
 - De 11 - 15 puntos: medio
 - De 16 - 20 puntos: alto

- b. Explica y facilita: Hace referencia a la información brindada por el profesional y quien además facilita su entendimiento mediante la explicación que gira en torno a la enfermedad de la persona cuidada. Incluye 5 ítems (9 – 10).
 - De 5 - 10 puntos: bajo
 - De 11 - 15 puntos: medio
 - De 16 - 20 puntos: alto

- c. Confort: Son los cuidados ofrecidos con el propósito de que la persona que recibe los cuidados se sienta cómodo al igual que su familia. Incluye 9 ítems (11 – 19).
- De 9 - 18 puntos: bajo
 - De 19 - 27 puntos: medio
 - De 28 - 36 puntos: alto
- d. Se anticipa: Es el planeamiento previsto que realiza la enfermera en relación a las necesidades del paciente. Incluye 10 ítems (20 – 29).
- De 10 - 20 puntos: bajo
 - De 21 - 30 puntos: medio
 - De 31 - 40 puntos: alto
- e. Mantiene relación de confianza: Es un proceso de interrelación el cual ocurre entre el profesional y el paciente, donde incluso la familia de este último puede también estar involucrado con la recuperación de su salud. Incluye 9 ítems (30 – 38).
- De 9 - 18 puntos: bajo
 - De 19 - 27 puntos: medio
 - De 28 - 36 puntos: alto
- f. Monitorea y hace seguimiento: Hace referencia a las acciones de enfermería que necesariamente involucran el conocimiento científico, por lo que en base a ello incorporan planes y acciones específicos de seguimiento sumamente imprescindibles para la recuperación y rehabilitación del ser cuidado. Incluye 8 ítems (39 – 46).
- De 8 - 16 puntos: bajo
 - De 17 - 24 puntos: medio
 - De 25 - 32 puntos: alto

(*) La puntuación total de las seis dimensiones.

2. NIVEL DE INCERTIDUMBRE FRENTE A LA ENFERMEDAD

Es el grado de incertidumbre o desconfianza en el proceso de la enfermedad: que incluye diagnóstico, tratamiento e intervención.

Variable de naturaleza cualitativa, fue medida en escala Ordinal a través de la Escala Mishel de Incertidumbre frente a la enfermedad, forma adulto (MUIS-A).

NIVEL DE INCERTIDUMBRE FRENTE A LA ENFERMEDAD	PUNTAJE (*)
BAJO	De 32 - 59 pts.
MEDIO	De 59 - 87 pts.
ALTO	De 87 - 160 pts.

De acuerdo con sus dimensiones:

- a. Ambigüedad: Evalúa los hechos en relación con la enfermedad, de manera ambigua o poco claro.
 - Consta de 13 ítems (3, 4, 8, 9, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 23, 24, 26)
 - Rango de puntuación: 13 pts. - 65 pts.

- b. Complejidad: La idea de que la enfermedad es un sistema complejo, junto al tratamiento y atención.
 - Consta de 7 ítems (6, 7, 10, 28, 31, 32, 33)
 - Rango de puntuación: 7 pts. - 35 pts.

- c. Inconsistencia: Alude al deficiente conocimiento acerca del diagnóstico, consistencia y gravedad de la enfermedad.
 - Consta de 7 ítems (1, 2, 5, 11, 19, 22, 29)
 - Rango de puntuación: 7 pts. - 35 pts.

- d. Impredictibilidad: Guarda relación con el desarrollo de la enfermedad, diagnóstico o nuevos síntomas, a pesar del tratamiento médico.
 - Consta de 5 ítems (12, 21, 25, 27, 30)
 - Rango de puntuación: 5 pts. - 25 pts.

- El ítem 15 no se contabiliza.

(*) La puntuación total de las cuatro dimensiones.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

A. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Conforme al carácter del problema, los objetivos y la hipótesis planteada, la presente investigación es de tipo cuantitativo, de diseño descriptivo correlacional, siendo de corte transversal porque permite describir variables y su distribución, analizando los datos obtenidos de un grupo de individuos en un momento dado de la evolución de la enfermedad y examinar asociaciones.

B. PROCEDIMIENTO

1. Se solicitó la autorización requerida para la ejecución de esta investigación al área correspondiente del Hospital Goyeneche, a pesar de la crisis sanitaria por COVID - 19.
2. La investigación fue efectuada entre los meses de octubre y diciembre del año 2020, para ello primero se aplicó el consentimiento informado a la población en estudio. (Anexo N° 1)
3. Se aplicaron los siguientes instrumentos:
 - 3.1 Ficha personal para la caracterización de la población en estudio.
 - 3.2 La escala Mishel de incertidumbre en la enfermedad, forma para el adulto (MUIS-A).
 - 3.3 Cuestionario Care – Q.La duración de cada entrevista fue aproximadamente 20 minutos.
4. El procesamiento y análisis de los datos se realizó con el software SPSS versión 26.0 y para el análisis de los resultados se utilizó el estadístico no paramétrico Chi cuadrado.
5. Elaboración y presentación del informe final de acuerdo a lo determinado por la Facultad de Enfermería de la UNSA de Arequipa.

C. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

La Gerencia Regional de Salud de Arequipa, como autoridad de Salud del territorio de la Región Arequipa, siendo integrada por cinco hospitales y cuatro redes de salud. El Hospital Goyeneche es una institución descentralizada de la Dirección Regional de Salud-Arequipa y requiere de la gestión del Gobierno Regional - Arequipa, con la categoría de Nivel III, se inauguró el 12 de febrero de 1912, cuya misión es “Ser un complejo Hospitalario de Categoría III, acreditado, líder y de referencia regional, que brinda atención integral humanista con personal altamente calificado, tecnología sanitaria innovadora y altos estándares de calidad”. Está ubicada en la siguiente dirección Avenida Goyeneche - Cercado de Arequipa.

El Hospital cuenta con diversos servicios como: Consulta Externa y Hospitalización, Medicina, Pediatría, Obstetricia, Cirugía, Oncología,

Odontoestomatología, Enfermería, Emergencia, Patología, Farmacia, Servicio Social, Diagnóstico de Imágenes y Nutrición.

El servicio de Medicina tiene como jefa de Enfermería a la Licenciada Inés Carrasco Palomino; cuenta con dos áreas: la del lado derecho es de Medicina Mujeres y el del lado izquierdo es de Medicina Varones en el primer piso donde se atiende a los pacientes hospitalizados por diferentes diagnósticos.

D. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población fue integrada por 50 personas, los cuales se encontraban recibiendo tratamiento en el Servicio de Medicina del Hospital Goyeneche, asimismo conformó la población total, no se trabajó con muestra.

a) Criterios de inclusión

- Personas usuarias del Servicio de Medicina del Hospital Goyeneche.
- Personas adultas (de 18 años en adelante).
- Personas internadas que se encontraban recibiendo tratamiento.
- Personas que confirman su participación con el llenado del consentimiento informado.

b) Criterios de exclusión

- Personas con menos de 3 días de hospitalización.
- Personas internadas con alteración de la conciencia o dificultad para hablar.
- Personas internadas con resultado positivo a COVID-19 y sospechosos a la misma.

E. MÉTODO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La investigación ha utilizado como método la encuesta y como técnica, la entrevista.

INSTRUMENTOS

1. FICHA PERSONAL PARA CARACTERIZAR A LA POBLACIÓN DE ESTUDIO. (Anexo N° 2)

En el cual se recopilan los siguientes datos: edad, sexo, grado de instrucción y estado civil de la persona que se encuentra hospitalizada en el Servicio de Medicina.

2. ESCALA MISHEL DE INCERTIDUMBRE FRENTE A LA ENFERMEDAD, FORMA PARA EL ADULTO (MUIS-A). (Anexo N° 3)

La Escala de la Incertidumbre es una versión ampliada y validada por Mishel, en base a las siguientes investigaciones:

- “Poder, incertidumbre, autotranscendencia y calidad de vida en supervivientes de cáncer de mama” (alfa de Cronbach de 0.89).
- “Nivel de Incertidumbre en los pacientes hospitalizados durante el período pre-operatorio”, realizada en Chile por Tapia (1987), evidencia grandes niveles de confiabilidad y correlación de los ítems con los dominios, con un r de Pearson de 0.76.
- “Nivel de Incertidumbre de pacientes diabéticos”, realizada por Isla (1995).

La escala, se cuantificó mediante el coeficiente de Spearman – Brown (entregando un valor de 0.86), probando que esta escala refleja continuamente el fenómeno para el que se creó.

Merle Mishel, elaboró la Escala de Medición de Incertidumbre en la Enfermedad (M.U.I.S), ofreciendo un criterio fundamental para la selección de la unidad de observación y reconoce de manera plena, la comprensión de la incertidumbre frente a la enfermedad. La validez de constructo reveló una fiabilidad y consistencia interna de 0.92 (Mishel 1997). La Escala evalúa la incertidumbre que se genera en los pacientes que atraviesan un proceso de enfermedad (síntomas – diagnóstico – tratamiento), e incluso considera la relación entre paciente – cuidador – propuesta para el futuro del paciente. La Escala fue adaptada a diferentes idiomas y versiones; sin embargo, para esta investigación, se utilizará la versión MUIS-A, al ser la escala más completa y que abarca ampliamente al tipo de población en estudio. (ANEXO 5)

Además, tiene las siguientes características:

- Está conformada por cuatro dimensiones, treinta y tres ítems con cinco viables respuestas tipo Likert.
- Posee una puntuación de cinco “totalmente de acuerdo” a uno “totalmente en desacuerdo”.
- Para los ítems 6, 7, 10,12, 21, 25, 27, 28, 30, 31, 32 y 33; las puntuaciones están invertidas.
- El ítem 15 no se contabiliza.

3. CUESTIONARIO CARE – Q. (Anexo N° 4)

El modelo del cuestionario CARE-Q es una versión sucinta elaborada por Patricia Larson en el año 1981, éste enmarca el cuidado como acciones que son deliberadas por lo que están encaminadas al cuidado tanto físico como emocional, a fin de promover un sentido de seguridad en el paciente. En lo que compete al nivel de confiabilidad del instrumento ésta se obtuvo conforme a la fórmula "Alfa de Cronbach" arrojando un valor de 0,868 y una validez de acuerdo a la fórmula "r de Pearson" mayor de 0.20 para cada ítem; calificando así como un instrumento válido y confiable. (34)

Por otro lado, los índices de confiabilidad de las dimensiones se ubicaron entre 0,57 y 0,9064, haciéndolo confiable según el valor mínimo aceptado (0.7) del coeficiente alfa de Cronbach. En cuanto a los ítems que la componen, cada una de ellas tiene un puntaje asignado de 1 a 4 puntos según la Escala de Likert. Donde 1 corresponde a “Nunca”; 2: “A veces”, 3: “Casi siempre” y 4: “Siempre”. (ANEXO 5)

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Esta parte contiene los resultados que se obtuvieron al procesar cada uno de los datos en el programa estadístico SPSS. Para facilitar su entendimiento se colocaron en diferentes cuadros y se disponen conforme a lo siguiente:

- Características de la población estudiada: Cuadro 1.
- Descripción de las variables: Cuadros del 2 al 9.
- Comprobación de hipótesis: Cuadro 10.

CUADRO N° 1
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS
HOSPITALIZADAS DEL SERVICIO DE MEDICINA
DEL HOSPITAL GOYENECHÉ – 2020

Sociodemográficos	N°	%
Edad		
18-39 años	6	15,0
40-59 años	14	35,0
60 a más	20	50,0
Sexo		
Masculino	20	50,0
Femenino	20	50,0
Estado Civil		
Soltero	8	20,0
Casado	14	35,0
Conviviente	11	27,5
Divorciado	1	2,5
Viudo	6	15,0
Grado de Instrucción		
Ninguno	5	12,5
Primaria	13	32,5
Secundaria	15	37,5
Técnico	6	15,0
Profesional	1	2,5
TOTAL	40	100

***Fuente:** Elaboración Propia*

El Cuadro N° 1 muestra que el 50.0% personas hospitalizadas que se hallan en el servicio de medicina del Hospital Goyeneche se encuentran en un rango de edad que parte de los 60 años a más. Además, el 50.0% son de sexo masculino, siendo el 35.0% del total casados y el 37.5% solo tienen instrucción secundaria.

CUADRO N° 2

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO EN PERSONAS HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE – 2020

Percepción de la Calidad del cuidado enfermero	N.º.	%
Bajo	3	7,5
Medio	28	70,0
Alto	9	22,5
TOTAL	40	100

Fuente: *Elaboración Propia*

El Cuadro N° 2 muestra que el 70.0% de las personas hospitalizadas consideran que la percepción de la calidad del cuidado ofrecido por el profesional de enfermería es “medio”, seguido del 22.5% de pacientes que lo califican como “alto”, mientras que solo el 7.5% consideran que el nivel es “bajo”.

CUADRO N° 3

NIVEL DE INCERTIDUMBRE FRENTE A LA ENFERMEDAD EN PERSONAS HOSPITALIZADAS DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ – 2020

Nivel de Incertidumbre	Nº.	%
Bajo	0	0,0
Medio	39	97,5
Alto	1	2,5
TOTAL	40	100

Fuente: Elaboración Propia.

El Cuadro N° 3 muestra que el 97.5% personas hospitalizadas evidencian nivel “medio” de incertidumbre, siendo el 2.5% con “alto” nivel de incertidumbre.

CUADRO N° 4

**DIMENSIONES DE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO
ENFERMERO EN PERSONAS HOSPITALIZADAS DEL SERVICIO
DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE – 2020**

Percepción de la calidad del cuidado enfermero	Nº.	%
Accesibilidad		
Bajo	4	10,0
Medio	17	42,5
Alto	19	47,5
Explica y facilita		
Bajo	23	57,5
Medio	17	42,5
Alto	0	0,0
Conforta		
Bajo	6	15,0
Medio	19	47,5
Alto	15	37,5
Se anticipa		
Bajo	9	22,5
Medio	24	60,0
Alto	7	17,5
Mantiene relación de confianza		
Bajo	11	27,5
Medio	13	32,5
Alto	16	40,0
Monitorea y hace Seguimiento		
Bajo	6	15,0
Medio	27	67,5
Alto	7	17,5
TOTAL	40	100

Fuente: Elaboración Propia.

El Cuadro N° 4 evidencia que el 47.5% personas hospitalizadas califican como “alto” la dimensión “accesibilidad”, el 57.5% consideran que la prestación de cuidados en la dimensión “explica y facilita” es “bajo”, el 47.5% considera que el nivel en la dimensión “conforta” es “medio”, el 60.0%, 32.5% y el 67.5% presentan nivel “medio” en las dimensiones “se anticipa”, “mantiene relación de confianza” y “monitorea y hace seguimiento”.

CUADRO N° 5

DIMENSIONES DEL NIVEL DE INCERTIDUMBRE FRENTE A LA ENFERMEDAD EN PERSONAS HOSPITALIZADAS DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ – 2020

Nivel de Incertidumbre	Nº.	%
Ambigüedad		
Bajo	0	0,0
Medio	26	65,0
Alto	14	35,0
Complejidad		
Bajo	0	0,0
Medio	1	2,5
Alto	39	97,5
Inconsistencia		
Bajo	18	45,0
Medio	22	55,0
Alto	0	0,0
Impredictibilidad		
Bajo	23	57,5
Medio	17	42,5
Alto	0	0,0
TOTAL	40	100

Fuente: Elaboración Propia.

El Cuadro N° 5 muestra que el 65.0% personas hospitalizadas presentan nivel “medio” de incertidumbre frente a la enfermedad respecto a la dimensión “ambigüedad”, el 97.5% presentan “alto” nivel en la dimensión “complejidad”, el 45.0% tienen “bajo” nivel en “inconsistencia”, mientras que el 57.5% tienen “bajo” nivel en “impredictibilidad”.

CUADRO N° 6

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO Y NIVEL DE INCERTIDUMBRE: NIVEL DE AMBIGÜEDAD EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Nivel de Ambigüedad	Percepción de la calidad del cuidado enfermero						TOTAL	
	Bajo		Medio		Alto			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Bajo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Medio	3	7,5	16	40,0	7	17,5	26	65,0
Alto	0	0,0	12	30,0	2	5,0	14	35,0
TOTAL	3	7,5	28	70,0	9	22,5	40	100

Fuente: Elaboración Propia.

$$x^2 = 3.02 \quad P > 0.05 \quad P = 0.22$$

El Cuadro N° 6 de acuerdo con la prueba de chi cuadrado ($x^2 = 3.02$) señala que las variables percepción cuidado enfermero y nivel de “ambigüedad” no presentan relación estadística significativa ($P > 0.05$).

Por otro lado, podemos notar que el 40.0% de las personas hospitalizadas percibieron la calidad del cuidado enfermero como “medio”. Al mismo tiempo también presentaron nivel “medio” de “ambigüedad”, mientras que el 5.0% de pacientes con “alto” nivel de incertidumbre consideraron que la percepción de la calidad del cuidado enfermero fue “alto”.

CUADRO N° 7

RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO Y NIVEL DE INCERTIDUMBRE: NIVEL DE COMPLEJIDAD EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Nivel de Complejidad	Percepción de la calidad del cuidado enfermero						TOTAL	
	Bajo		Medio		Alto			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Bajo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Medio	3	7,5	1	2,5	0	0,0	1	2,5
Alto	0	0,0	27	67,5	9	22,5	39	97,5
TOTAL	3	7,5	28	70,0	9	22,5	40	100

Fuente: Elaboración Propia.

$$x^2 = 0.44 \quad P > 0.05 \quad P = 0.80$$

En el Cuadro N° 7 según la prueba de chi cuadrado ($x^2 = 0.44$) indica que la percepción de la calidad del cuidado enfermero y el nivel de “complejidad” no presentan relación estadística significativa ($P > 0.05$).

Además, notamos que el 67.5% de las personas hospitalizadas que consideraron la percepción de la calidad del cuidado enfermero como “medio” muestran un nivel “alto” de “complejidad”, en tanto que el 7.5% de pacientes con “bajo” nivel en la dimensión “complejidad” consideran que la percepción de la calidad del cuidado enfermero es “bajo”.

CUADRO N° 8

RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO Y NIVEL DE INCERTIDUMBRE: NIVEL DE INCONSISTENCIA EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Nivel de Inconsistencia	Percepción de la calidad del cuidado enfermero						TOTAL	
	Bajo		Medio		Alto			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Bajo	2	5,0	10	25,0	6	15,0	18	45,0
Medio	1	2,5	18	45,0	3	7,5	22	55,0
Alto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	3	7,5	28	70,0	9	22,5	40	100

Fuente: Elaboración Propia.

$$x^2 = 3.25 \quad P > 0.05 \quad P = 0.19$$

En el Cuadro N° 8, de acuerdo con la prueba de chi cuadrado ($x^2 = 3.25$) se señala que la percepción de la calidad del cuidado enfermero y el nivel de “inconsistencia” no presentan relación estadística significativa ($P > 0.05$).

Por otra parte, se puede ver que el 45.0% personas hospitalizadas que consideran que la percepción de la calidad del cuidado enfermero es “medio” presentan también nivel “medio” de “inconsistencia”, mientras que el 15.0% de pacientes con “bajo” nivel de “inconsistencia” consideran que la percepción de la calidad del cuidado enfermero es “alto”.

CUADRO N° 9

RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO Y NIVEL DE INCERTIDUMBRE: NIVEL DE IMPREDICTIBILIDAD EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Nivel de Impredictibilidad	Percepción de la calidad del cuidado enfermero						TOTAL	
	Bajo		Medio		Alto			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Bajo	2	2,5	18	45,0	4	10,0	23	57,5
Medio	1	5,0	10	25,0	5	12,5	17	42,5
Alto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	3	7,5	28	70,0	9	22,5	40	100

Fuente: Elaboración Propia.

$$x^2 = 1.87 \quad P > 0.05 \quad P = 0.39$$

El Cuadro N° 9, según la prueba de chi cuadrado ($x^2 = 1.87$) denota que la percepción de la calidad del cuidado enfermero y el nivel de “impredictibilidad” no presentan relación estadística significativa ($P > 0.05$).

Adicionalmente puede notarse que el 45.0% de personas hospitalizadas del servicio de medicina que consideran que la percepción de la calidad del cuidado enfermero es “medio” presentan “bajo” nivel en la dimensión “impredictibilidad”, mientras que el 12.5% de pacientes con nivel “medio” de “impredictibilidad” consideran que la percepción de la calidad del cuidado enfermero es “alto”.

CUADRO N° 10

**RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO
ENFERMERO Y NIVEL DE INCERTIDUMBRE FRENTE A LA
ENFERMEDAD EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Nivel de Incertidumbre	Percepción de la calidad del cuidado enfermero						TOTAL	
	Bajo		Medio		Alto			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Bajo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Medio	3	7,5	27	67,5	9	22,5	39	97,5
Alto	0	0,0	1	2,5	0	0,0	1	2,5
TOTAL	3	7,5	28	70,0	9	22,5	40	100

Fuente: *Elaboración Propia.*

$$x^2 = 0.44 \quad P > 0.05 \quad P = 0.80$$

En el Cuadro N° 10, según la prueba de chi cuadrado ($x^2 = 0.44$) señala que la percepción de la calidad del cuidado enfermero y el nivel de incertidumbre no presentan relación estadística significativa ($P > 0.05$).

Por otro lado, se percibe que el 67.5% personas hospitalizadas que asumen que la percepción de la calidad del cuidado enfermero es “medio” presentan también nivel “medio” de incertidumbre, mientras que el 2.5% de pacientes con “alto” nivel de incertidumbre consideran que la percepción de la calidad del cuidado enfermero es “medio”.

B. DISCUSIÓN

La presente investigación se llevó a cabo con la intención de determinar la relación entre la percepción de la calidad del cuidado enfermero y el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad en personas hospitalizadas en el servicio de Medicina del Hospital Goyeneche – 2020. Es así como, luego del procesamiento de los datos, se logró encontrar los resultados que definirían la situación de las variables en estudio. Ahora bien, de forma particular se hará un análisis de los objetivos planteados con los resultados de la investigación.

En lo que concierne al primer objetivo se obtuvo que el 50.0% de las personas hospitalizadas del servicio de Medicina del Hospital Goyeneche tienen de 60 años a más, el 50.0% son del sexo masculino, el 35.0% están casados, y por último el 37.5% de ellos cuentan con instrucción secundaria. Con respecto a este último dato se puede notar que el grado de instrucción de las personas hospitalizadas puede influir en la comprensión de su enfermedad. Por lo tanto, contrastando este dato con el nivel de incertidumbre, específicamente en la dimensión “complejidad”, los resultados del procesamiento estadístico arrojaron que el 97.5% del total presentan alto nivel en esta dimensión, deduciendo así que la causa puede deberse a la condición del grado de instrucción.

En cuanto al segundo objetivo, el cual valora la percepción de la calidad del cuidado enfermero, se halló que el 47.5% de la población respecto a la dimensión “accesibilidad” tuvo una calificación de “alto”; por lo que la interacción y comunicación entre paciente – enfermera es la adecuada, es decir, la enfermera busca satisfacer expectativas y necesidades del paciente con el fin de una pronta recuperación. Luego el 57.5% en la dimensión “explica y facilita”, su calificación fue “bajo”. Dado que parte de las funciones del profesional de enfermería incluyen brindar información al paciente acerca de su cuidado, siendo este un resultado deficiente y debilidad del cuidado enfermero; además se infiere que el grado de instrucción de los pacientes podría condicionar la interpretación que le da este, resultando una amenaza para la calidad de atención en salud. Por lo que se tendría que mejorar en este aspecto.

Para el 47.5% la dimensión “conforta” tuvo una calificación de “medio”; esto quiere decir que aquellos cuidados planteados y ejecutados por la enfermera con

la intención de que la persona hospitalizada (y al mismo tiempo sus familiares si fuera el caso) se sienta o sientan cómodos es regular. Por tal en esta dimensión lo que se debería de hacer es tratar de brindar motivación, confort, calidad en atención e insertar a la familia, haciéndola parte del proceso de recuperación. De esta forma se crea un ambiente adecuado que consiga influir positivamente en el bienestar del sujeto. Asimismo, el 60.0%, 32.5% y el 67.5% también se encuentran con un nivel de satisfacción medio en las dimensiones “se anticipa”, “mantiene relación de confianza” y “monitorea y hace seguimiento” respectivamente. Esto sucede porque enfermería valora y ajusta los cuidados que planifica y prevé con anticipación, lógicamente tomando en cuenta los requerimientos del paciente. Sin embargo, en estas tres dimensiones se podría optimizar la participación de la enfermera en el cuidado del paciente.

Ahora en cuanto a la percepción del nivel de calidad del cuidado enfermero se observó que el 70.0% de la población de estudio posee un nivel de satisfacción “medio”, seguido del 22.5% de pacientes que encuentran un nivel de satisfacción “alto” y por último para el 7.5% su nivel de satisfacción es “bajo”.

Tomando en cuenta los resultados del procesamiento estadístico de la presente investigación, podemos aseverar que la calidad del cuidado enfermero en el servicio de Medicina del Hospital Goyeneche se encuentra en proceso de mejora. Ya que del análisis se desprende que el nivel de satisfacción de las personas hospitalizadas en este servicio en relación a los cuidados ofrecidos por enfermería fue medio, resultado que aún no se presta para una cualificación negativa. Sin embargo, esta valoración como “medio” en parte puede deberse a la cantidad de personal de enfermería asignado para un número de pacientes que supera la capacidad de la labor diaria de la enfermera. Pues algunos requieren de mayor cuidado que otros debido a la priorización de atención en base al grado de dependencia.

Asimismo, tal como lo señalan Jinich H. (22) y Watson J. (31), el ser humano es un sistema único y complejo por ser una unidad de mente – cuerpo y espíritu. Trasladando esta concepción al ámbito enfermero se llega a entender que si el personal de enfermería no está al pendiente y no ejerce sus funciones de forma completa, es decir, no brinda cuidados desde una mirada holística, ni trata con

calidez en sus intervenciones, puede llegar a caer en errores o suposiciones que dan por hecho la labor de enfermería cuando la realidad es otra.

En efecto; la deficiencia plasmada en estos cuidados ocasionan a corto, mediano o largo plazo complicaciones que afectarán el desenvolvimiento de la persona desde el nivel estructural individual hasta su desenvolvimiento dentro de la sociedad. En estos casos, las situaciones que pongan en peligro la seguridad del paciente no deben ignorarse ni pasarse por alto. Es así como, la individualidad de la persona demanda una labor de enfermería personalizada y destinada a prestar atención exclusiva a cada una de las necesidades propias del ser humano y su enfermedad.

Echevarría, H. en su estudio titulado “Percepción del paciente sobre calidad del cuidado humanizado brindado por la enfermera en la Clínica Tezza -Lima”; obtuvo que el 84% de las personas hospitalizadas consideraron como excelente la calidad del cuidado, correlacionándose principalmente con edad (<40), sexo femenino y de 2 a 5 días de hospitalización. (14) Empero, contrastando los resultados del presente estudio, se nota que el 50.0% del total de personas encuestadas fueron adultos mayores (>60), quienes calificaron la percepción de la calidad del cuidado enfermero como “medio”. Siendo lo especial de esta población la naturaleza de esta etapa, donde la forma en cómo se aborde la enfermedad y en cómo se le brinden cuidados resultarán siendo cruciales en la calidad de vida que sobrellevarán a futuro.

Por otro lado, respondiendo al tercer y último objetivo se encontró que el 65.0% de pacientes del servicio de Medicina del Hospital Goyeneche presentaron un nivel “medio” de incertidumbre frente a la enfermedad en su dimensión “ambigüedad”, es decir, que los sucesos respecto a la enfermedad del paciente y su cuidado son regularmente claros.

El 97.5% denotó un nivel “alto” de “complejidad”, referido al tipo de cuidados y atención que recibiría en un principio fueron de difícil comprensión. El 45.0% tenían un nivel “bajo” en “inconsistencia”, mientras que el 57.5% tienen “bajo” nivel en “impredictibilidad”; ambos relacionados con la certeza del diagnóstico médico.

El 97.5% del total muestran nivel “medio” de incertidumbre, mientras que solo el 2.5% tienen “alto” nivel de incertidumbre. Estos resultados coinciden con Gómez, I., Castillo, Y., Alvis, L. (10) quienes realizaron un estudio denominado “Incertidumbre en adultos con diabetes tipo 2 a partir de la teoría de Merle Mishel” se concluyó que el 76,1% muestran un nivel de incertidumbre “medio”; la población considera que las explicaciones brindadas por los profesionales de salud son confusas y poco entendibles debido a la poca o excesiva información con palabras no coloquiales.

Asimismo, Rivera, C. (12) realizó un estudio denominado “Adherencia al tratamiento e incertidumbre en pacientes con cáncer de cuello uterino”, y encontró que poco más del 80% presentó “alto” nivel de incertidumbre con respecto a su enfermedad, incluso se da a entender que a mayor nivel de incertidumbre menor es la adherencia al tratamiento.

Finalmente, para dar respuesta al objetivo general se aplicó la prueba de chi cuadrado y se llegó a la conclusión que el cuidado enfermero y el nivel de incertidumbre no presentan relación estadística significativa ($P > 0.05$). De esta forma es como se rechaza la hipótesis de trabajo.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

PRIMERA: El 50% de personas hospitalizadas del servicio de medicina del Hospital Goyeneche tienen de 60 años a más, el 50.0% son de sexo masculino, siendo el 35.0% casados, y el 37.5% con instrucción secundaria.

- SEGUNDA:** El 70% de la población de estudio considera que la percepción de la calidad del cuidado de enfermería es medio. En cuanto a las dimensiones, en “accesibilidad” para el 47.5% la calificación es alto, el 57.5% considera que el cuidado enfermero en la dimensión “explica y facilita” es bajo, el 47.5% percibe la calidad del cuidado enfermero en su dimensión “conforta” como medio, el 60.0%, 32.5% y el 67.5% presentan nivel medio en las dimensiones “se anticipa”, “mantiene relación de confianza” y “monitorea y hace seguimiento”, respectivamente.
- TERCERA:** Casi dos tercios de personas hospitalizadas presentan nivel medio de incertidumbre frente a la enfermedad en su dimensión de ambigüedad, el 97.5% presentan alto nivel de complejidad, el 45.0% tienen bajo nivel de inconsistencia, mientras que el 57.5% tienen bajo nivel de impredecibilidad. El 97.5% personas hospitalizadas presentan nivel medio de incertidumbre, mientras que solo el 2.5% tienen alto nivel de incertidumbre.
- CUARTA:** La percepción de la calidad del cuidado enfermero y el nivel de incertidumbre no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$).

B. RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Los siguientes estudios a este deben seguir considerando las características sociodemográficas del paciente con el fin de tener un mayor conocimiento de la población de estudio y tenerlos en cuenta en el análisis de las variables de investigación ya que el modo en cómo se presentan estas características pueden ser una respuesta al problema planteado.
- SEGUNDA:** Debido a que la dimensión “explica y facilita” fue calificada como “bajo” se debe crear un ambiente de comunicación eficaz, teniendo en cuenta las características socio-demográficas, a fin de hacer una estancia segura para el paciente, donde la información que se brinde ha de ser la idónea y necesaria a fin de disminuir los momentos de angustias a causa de la desinformación.
- TERCERA:** El profesional de enfermería debe evaluar la influencia de la incertidumbre de la enfermedad del usuario para ofrecer una atención de calidad. De esta manera planteará, desarrollará y ejecutará estrategias que promuevan el desarrollo de la enfermería.
- CUARTA:** Realizar investigaciones que tengan como principal objetivo determinar los efectos de la incertidumbre en el usuario hospitalizado desde un enfoque integral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Borré, Y. y Vega, Y. Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. Rev. Sci: Cien y Enf. [Internet]. 2014 [Consultado el 07 de junio del 2020]; 20(3): 8 Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000300008
2. Akachi, Y. Kruk, M. Calidad de la asistencia: medición de un impulsor ignorado de la mejora de la salud. Boletín de la OMS. [Internet]. 2017 [Consultado el 07 de junio del 2020]; 95(2): 472. Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/95/6/16-180190-ab/es/>
3. Organización Panamericana de la Salud. Política y estrategia regional para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente [Internet]. 2007 [Consultado el 24 de septiembre del 2020] Disponible en: <https://www.paho.org/Spanish/GOV/CSP/csp27-16-s.pdf>
4. Monchón, P., Montoya Y. Nivel de calidad del cuidado enfermero desde la percepción del usuario, servicio de emergencia. Hospital III Essalud Chiclayo. Perú. 2013. Disponible en: tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/196/1/tl_monchonpalaciospaola_montoyagarciasmin.pdf
5. Chata, S. Nivel de satisfacción del usuario externo respecto a la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de emergencia – Hospital Hipólito Unanue- Tacna 2013 [Internet]. 2014 [Consultado el 24 de septiembre del 2020]; Disponible en: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2045/458_2014_chata_jilaja_s_facs_enfermeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Colegio de Enfermeros del Perú. Ley del Trabajo de la Enfermera(o) N° 27669. 2002 [Consultado 24 de septiembre del 2020]. Disponible en: http://www.conaren.org.pe/documentos/ley_trabajo_enfermero_27669.pdf
7. Diaz, L., Duran, M. y Lopez N. Adaptación y validación de la Escala de Mishel de Incertidumbre frente a la Enfermedad en Procedimientos diagnósticos.

- Rev. Sci: Cien y Enf. [Internet]. 2019 [Consultado el 07 de junio del 2020]; 25: 1 Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532019000100201#aff1
8. Magdalena, A. El cuidado de la incertidumbre en la vida cotidiana de las personas. Rev. Sci: Cien y Enf. [Internet]. 2009 [Consultado el 07 de junio del 2020]; 18 (2) Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000200009
 9. Gómez, I., Castillo, Y., Alvis, L. Incertidumbre en adultos con diabetes tipo 2 a partir de la teoría de Merle Mishel. [Internet]. 2015 [Consultado 10 de junio del 2020]. Disponible en:
<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3969/3912>
 10. Ciprés, B. Dimensions of critical Care Nursing - Comprender la incertidumbre entre los pacientes críticos en la UCI utilizando la teoría de la incertidumbre de la enfermedad de Mishel. [Internet]. Colombia. UNAL. 2016 [Consultado 10 de junio del 2020]. Disponible en:
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/66508/69402#B17>
y
https://journals.lww.com/dccnjournal/Abstract/2016/01000/Understanding_Uncertainty_Among_Critically_Ill.10.aspx
 11. Florez, I., Montalvo, A. y Romero, E. Asociación entre el nivel de incertidumbre y el tipo de enfermedad en pacientes hospitalizados en UCI. [Internet]. 2018 [Consultado el 09 de junio del 2020] Disponible en:
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/66508>
 12. Rivera, C. Adherencia al tratamiento e incertidumbre en pacientes con cáncer de cuello uterino. [Internet]. 2016 [Consultado el 09 de junio del 2020] Disponible en:
http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/7474/RIVERA_RAMIREZ_CAROLINA_ADHERENCIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 13. Echevarría, H. Percepción del paciente sobre calidad del cuidado humanizado brindado por la enfermera en la Clínica Tezza –Lima. [Internet]. 2017 [Consultado 10 de junio del 2020]. Disponible en:

revistas.urp.edu.pe/index.php/Cuidado_y_salud/article/download/1421/1316/
%0A

14. Zapata, P. Percepción de la calidad de atención de enfermería en pacientes hospitalizados del servicio de un Hospital de Cuarto Nivel, Lima – 2019. [Internet]. 2019 [Consultado el 09 de junio del 2020] Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3046/TESIS%20Zapata%20Pamela.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Obando, E. y Vilca, M. Percepción del cuidado humanizado y nivel de ansiedad en pacientes del servicio de emergencia Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo. Arequipa – 2017. [Internet]. 2019 [Consultado el 09 de junio del 2020] Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/10476>
16. Ccama G. y Hancoco, K. Comunicación terapéutica e incertidumbre en usuarios de emergencia HNCASE Arequipa – 2018. [Internet]. 2019 [Consultado el 09 de junio del 2020] Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/8622/ENScacage1.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
17. Loncharich-Vera N. El cuidado enfermero. Rev. enferm Herediana. [Internet]. 2010 [citado 13 octubre 2020];(3):1. Disponible en: https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2010/enero/Editorial%203_1.pdf
18. Cotrina E. Cuidado de enfermería [Internet]. SlideShare. 2011 [citado 13 octubre 2020]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/drais020810/cuidado-de-enfermeria-9087117>
19. Báez-Hernández Francisco Javier, Nava-Navarro Vianet, Ramos-Cedeño Leticia, Medina-López Ofelia M. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Aquichan [Internet]. 2009 [consultado el 14 de octubre 2020]; 9(2): 127-134. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000200002&lng=en.
20. Meneses L. El proceso de cuidar, Apuntes de Administración de Empresas [Internet]. Docsity. 2020 [citado 9 octubre 2020]. Disponible en: <https://www.docsity.com/es/el-proceso-de-cuidar/3203448/>

21. Molina, E. Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en un servicio de hospitalización domiciliaria en Bogotá D.C. [Maestría], Universidad Nacional de Colombia; 2011
22. García A. Sócrates un filósofo para la enfermería [Internet]. SECPAL. 2011 [citado 13 octubre 2020]. Disponible en: http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Carchivo_239.pdf
23. Cachimuel, E. Del Pozo, R. Percepción de los usuarios acerca de la calidad de atención de enfermería en el hospital de Atuntaqui junio -diciembre 2014 [Pregrado], Universidad Técnica del Norte; 2015.
24. Organización Mundial de la Salud. Mejorar la calidad de la atención de salud en todo el sistema sanitario [Internet]. World Health Organization. 2018 [citado 13 octubre 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/96/12/18-226266/es/>
25. Larrea, J. Calidad de servicio de la consulta externa de Medicina Interna en el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú durante setiembre – noviembre 2015 [Pregrado]. Universidad Ricardo Palma; 2015.
26. Expósito, A. López, F. Empleo público, prevención y derechos de los pacientes [Internet]. 2016 [consultado el 22 de octubre del 2020]. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=3wktDgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
27. Juárez, P. García, M. La importancia del cuidado de enfermería [Internet]. 2009 [consultado el 13 de octubre 2020]; 17(3): 113-115. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2009/eim092j.pdf>
28. Martínez, M. El cuidado enfermero desde la percepción del paciente hospitalizado en el servicio de medicina. Hospital provincial docente Belén-Lambayeque, 2017 [Pregrado], Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2018.
29. Sepúlveda, G., Rojas, L., Cárdenas, O., Guevara, E. Castro, A. Estudio piloto de la validación del cuestionario 'CARE-Q' en versión al español en población colombiana. Rev. Dialnet. [Internet]. 2009 [Consultado el 15 de setiembre 2020] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6986449.pdf>

30. Muñoz, D., Cogollo, R., y Col. Incertidumbre frente a la enfermedad en mujeres diagnosticadas con cáncer de seno I.P.S. de Montería - Colombia 2016. [Internet]. 2018 [Consultado el 18 de junio 2020] Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/2390/239059788002/html/index.html>
31. Rivera, L. Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson. Encolombia, Revista de Actualizaciones en Enfermería [Internet]. 2008 [citado 13 octubre 2020];(10):4. Disponible en: https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2010/enero/Editorial%2003_1.pdf
32. Castro, L. et al. Calidad del cuidado de enfermería percibida por usuarios hospitalizados. [Internet]. 2020 [Consultado el 22 de septiembre 2021] Disponible en: <http://repositorio.unisinucartagena.edu.co:8080/xmlui/handle/123456789/1>

ANEXOS



ANEXO N° 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la firma de este documento, otorgo mi consentimiento para ser participe de forma voluntaria en la investigación denominada: *“PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO Y EL NIVEL DE INCERTIDUMBRE FRENTE A LA ENFERMEDAD EN PERSONAS HOSPITALIZADAS DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ – 2020”*.

Las señoritas Gabriela Rossemery Quecaño Condori y Fiorela Clariza Quispe Quispe, responsables de la investigación, me han explicado amplia y claramente acerca del porqué de la investigación en el tema y en el cual no se verá afectada mi persona. Asimismo, me dijeron que los datos que les proporcione serán confidenciales y también que puedo desistir de participar en esta investigación cuando yo lo desee.

.....
Firma



ANEXO N° 2
UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Señor (a). Reciba nuestros saludos cordiales, a continuación, se le presenta una serie de preguntas para el cual se le pide su participación y que sea sincero al responder. Desde ya he de informarle que esta ficha es de carácter anónimo y no durará más de 5 minutos.

Fecha: _____

Hora: _____

Edad:

- 18 – 39 años
- 40 – 59 años
- 60 años a más

Sexo:

- Masculino
- Femenino

Estado civil:

- Soltero
- Casado
- Conviviente
- Divorciado
- Viudo

Grado de Instrucción:

- Primaria
- Secundaria
- Técnico
- Profesional



ANEXO N° 3

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCALA MISHEL DE INCERTIDUMBRE EN LA ENFERMEDAD, FORMA PARA EL ADULTO (MUIS-A)



INSTRUCCIONES:

Por favor, lea cada enunciado. Tómese su tiempo y piense lo que dice cada enunciado. Después, coloque una X bajo la columna que mide más exactamente la manera en que se está sintiendo **HOY**. Si está de acuerdo con el enunciado, entonces marque ya sea bajo **"Totalmente de acuerdo"** (TA) o **"De acuerdo"** (A). Si está en desacuerdo con el enunciado, marque en **"Totalmente en desacuerdo"** (TD) o **"En desacuerdo"** (D). Si no está decidido acerca de cómo se siente, marque **"Indeciso"** (I) en ese enunciado. Por favor conteste cada uno de los enunciados.

	TA	A	I	D	TD
ÍTEMS	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
1. No sé qué está mal conmigo.					
2. Tengo muchas preguntas sin respuestas.					
3. No estoy seguro de que mi enfermedad este mejorando o empeorando.					
4. No tengo claro que tan fuerte será el dolor.					
5. Las explicaciones que me dan sobre mi condición me parecen confusas.					
6. Tengo claro el propósito de cada tratamiento.					
7. Cuando tengo un dolor, se lo que eso significa con respecto a mi condición.					
8. No sé cuándo esperar que se me hagan las cosas.					
9. Mis síntomas siguen cambiando de manera impredecible.					
10. Entiendo todo lo que se me explica.					

11. Los doctores me dicen cosas que podrían tener varios significados.					
12. Puedo predecir cuanto durara mi enfermedad.					
13. Mi tratamiento es demasiado complejo para explicarlo.					
14. Es difícil saber si los tratamientos o medicamentos que tomo están ayudándome.					
15. Hay muchos tipos de personal; no está claro quién es responsable de cada cosa.					
16. Debido a la impredecibilidad de mi enfermedad, no puedo planear el futuro.					
17. El curso de mi enfermedad sigue cambiando. Tengo días buenos y malos.					
18. No tengo claro cómo me hare cargo de mi cuidado después de salir del hospital.					
19. Me han dado muchas opiniones diferentes sobre lo que está mal conmigo.					
20. No está claro lo que me está pasando.					
21. Generalmente se si voy a tener un buen día o un mal día.					
22. Los resultados de mis tests son inconsistentes.					
23. La efectividad del tratamiento no está determinada.					
24. Es difícil saber cuánto tiempo pasar antes de que pueda cuidarme por mi mismo.					
25. Generalmente puedo predecir el curso de mi enfermedad.					
26. Debido al tratamiento, lo que puedo y no puedo es variable.					
27. Estoy seguro de que no encontraran nada malo conmigo.					

28. El tratamiento que estoy recibiendo tiene una probabilidad de éxito reconocida.					
29. No me han dado un diagnostico especifico.					
30. Mis molestias físicas son predecibles; yo sé cuándo van a mejorar o empeorar.					
31. Puedo confiar en que las enfermeras estarán ahí cuando las necesite.					
32. Se ha determinado la gravedad de mi enfermedad.					
33. Los doctores y enfermeras utilizan el lenguaje cotidiano, para que pueda entender lo que me están diciendo.					

28. El tratamiento que estoy recibiendo tiene una probabilidad de éxito reconocida.
 29. No me han dado un diagnostico especifico.
 30. Mis molestias físicas son predecibles; yo sé cuándo van a mejorar o empeorar.
 31. Puedo confiar en que las enfermeras estarán ahí cuando las necesite.
 32. Se ha determinado la gravedad de mi enfermedad.
 33. Los doctores y enfermeras utilizan el lenguaje cotidiano, para que pueda entender lo que me están diciendo.



ANEXO N° 4
CUESTIONARIO DE EVALUACION CARE – Q
(CARING ASSESSMENT INSTRUMENT)



Este instrumento determina el grado de satisfacción de las personas que en su condición de hospitalizados perciben de manera diferente la calidad del cuidado brindado por los profesionales de enfermería. Le solicitamos que lea cuidadosamente cada una de las afirmaciones y la responda marcando una X frente a la fila según sea el caso.

DIMENSIONES – ITEMS		NUNCA (1)	A VECES (2)	CASI SIEMPRE (3)	SIEMPRE (4)
ACCESIBILIDAD					
1	La enfermera se aproxima a usted para ofrecerle medidas que alivien el dolor para realizarle procedimientos.				
2	La enfermera le da los medicamentos y realiza los procedimientos a tiempo.				
3	La enfermera lo visita con frecuencia para verificar su estado de salud.				
4	La enfermera responde rápidamente a su llamado.				
5	La enfermera le pide que la llame si usted se siente mal.				
EXPLICA Y FACILITA					
6	La enfermera le informa sobre los grupos de ayuda para el control y seguimiento de su enfermedad.				

DIMENSIONES – ITEMS		NUNCA (1)	A VECES (2)	CASI SIEMPRE (3)	SIEMPRE (4)
7	La enfermera le da información clara y precisa sobre su situación actual.				
8	La enfermera le enseña cómo cuidarse a usted mismo.				
9	La enfermera le sugiere preguntas que usted puede formularle a su doctor cuando lo necesite.				
10	La enfermera es honesta con usted en cuanto a su condición médica.				
CONFORTA					
11	La enfermera se esfuerza para que usted pueda descansar cómodamente.				
12	La enfermera lo motiva a identificar los elementos positivos de su tratamiento				
13	La enfermera es amable con usted a pesar de tener situaciones difíciles				
14	La enfermera es alegre.				
15	La enfermera se sienta con usted para entablar una conversación				
16	La enfermera establece contacto físico cuando usted necesita consuelo.				
17	La enfermera lo escucha con atención				

DIMENSIONES – ITEMS		NUNCA (1)	A VECES (2)	CASI SIEMPRE (3)	SIEMPRE (4)
18	La enfermera habla con usted amablemente.				
19	La enfermera involucra a su familia en su cuidado.				
SE ANTICIPA					
20	La enfermera le presta mayor atención en las horas de la noche.				
21	La enfermera busca la oportunidad más adecuada para hablar con usted y su familia sobre su situación de salud.				
22	Cuando se siente agobiado por su enfermedad la enfermera acuerda con usted un nuevo plan de intervención.				
23	La enfermera está pendiente de sus necesidades para prevenir posibles alteraciones en su estado de salud.				
24	La enfermera comprende que esta experiencia es difícil para usted y le presta especial atención durante este tiempo.				
25	Cuando la enfermera esta con usted realizándole algún procedimiento se concentra única y exclusivamente en usted.				
26	La enfermera continúa interesada en usted, aunque haya pasado por una crisis o fase crítica.				

DIMENSIONES – ITEMS		NUNCA (1)	A VECES (2)	CASI SIEMPRE (3)	SIEMPRE (4)
27	La enfermera le ayuda a establecer metas razonables.				
28	La enfermera busca la mejor oportunidad para hablarle sobre los cambios en su situación de salud.				
29	La enfermera concilia con usted antes de iniciar un procedimiento o intervención.				
MANTIENE RELACIÓN DE CONFIANZA					
30	La enfermera le ayuda a aclarar sus dudas en relación a su situación.				
31	La enfermera acepta que es usted quien mejor se conoce, y lo incluye siempre en lo posible en la planificación y manejo de su cuidado.				
32	La enfermera lo anima para que le formule preguntas de su médico relacionado con su situación de salud.				
33	La enfermera lo pone a usted en primer lugar, sin importar que pase a su alrededor.				
34	La enfermera es amistosa y agradable con sus familiares y allegados.				

DIMENSIONES – ITEMS		NUNCA (1)	A VECES (2)	CASI SIEMPRE (3)	SIEMPRE (4)
35	La enfermera le permite expresar totalmente sus sentimientos sobre su enfermedad y tratamiento.				
36	La enfermera mantiene un acercamiento respetuoso con usted.				
37	La enfermera lo identifica y lo trata a usted como una persona individual.				
38	La enfermera se identifica y se presenta ante usted.				
MONITOREA Y HACE SEGUIMIENTO					
39	El uniforme y carnet que porta la enfermera la caracteriza como tal.				
40	La enfermera se asegura de la hora establecida para los procedimientos especiales y verifica su cumplimiento.				
41	La enfermera es organizada en la realización de su trabajo.				
42	La enfermera realiza los procedimientos con seguridad.				
43	La enfermera es calmada.				
44	La enfermera le proporciona buen cuidado físico.				
45	La enfermera se asegura que sus familiares y allegados sepan cómo cuidarlo a usted.				
46	La enfermera identifica cuando es necesario llamar al médico.				

ANEXO N° 5

FICHAS TÉCNICAS DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

FICHA TÉCNICA N° 1		
NOMBRE DEL INSTRUMENTO	Escala Mishel de Incertidumbre en la Enfermedad, forma para el adulto.	
OBJETIVO	<p>El cuestionario evalúa cuatro dimensiones como son: Ambigüedad, Complejidad, Inconsistencia, Impredictibilidad. Cada categoría tiene un determinado número de preguntas, el puntaje asignado a cada pregunta es de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 puntos (totalmente de acuerdo) respectivamente según la escala de Likert.</p> <p>El objetivo del instrumento es:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Valorar el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad por dimensiones en la población de estudio. 	
ADAPTACIÓN	Autor	Merle Mishel
	Lugar	Adaptada por Gómez, Aquichan – Colombia, 2015.
	Año	2015
CREACIÓN	Autor	Merle Mishel
	Lugar	España
	Año	1988
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	Esta escala fue validada por la misma autora Merle Mishel.	

	Para medir la fiabilidad del instrumento a nivel de nuestra realidad se realizó la validación utilizando el coeficiente Alfa de Cronbach obteniéndose como resultado 0.81 (alta fiabilidad por que el valor obtenido se acerca a 1). La validez de constructo reveló una fiabilidad y consistencia interna de 0.92.
DURACIÓN	10 minutos
SUJETOS DE APLICACIÓN	Personas hospitalizadas
TÉCNICA	Encuesta/Cuestionario

FICHA TÉCNICA N° 2			
NOMBRE DEL INSTRUMENTO	Cuestionario CARE-Q		
OBJETIVO	<p>El cuestionario evalúa seis dimensiones como son: Accesibilidad, Explica y facilita, Conforta, Se anticipa, Mantiene relación de confianza y Monitorea y hace seguimiento. Cada categoría tiene un determinado número de preguntas, el puntaje asignado a cada pregunta es de 1 a 4 puntos respectivamente según la escala de Likert.</p> <p>El objetivo del instrumento es:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Valorar la percepción de la calidad del cuidado enfermero por dimensiones en la población de estudio. 		
CREACIÓN	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Autor</td> <td>Patricia Larson</td> </tr> </table>	Autor	Patricia Larson
Autor	Patricia Larson		

	Lugar	Taiwán
	Año	1981
ADAPTACIÓN	Autor	Sepúlveda Carrillo y Cols. Adaptación al idioma español.
	Lugar	Colombia
	Año	2008
	Autor	Huarza y Álvarez Adaptación cultural
	Lugar	Arequipa, Perú
	Año	2013
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	<p>Esta escala fue validada en su versión española por los estudiantes de la Universidad del Bosque de Colombia en abril del 2008.</p> <p>Obteniendo una validez interna de $\alpha = 0.88$ a 0.97, al analizar la validez de las dimensiones se encuentran distribuidos de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Explica - Facilita, $\alpha = 0.59$; ➤ Conforta, $\alpha = 0.86$; ➤ Mantiene relación de ➤ Confianza, $\alpha = 0.86$; ➤ Se anticipa, $\alpha = 0.72$; ➤ Monitorea - hace seguimiento, $\alpha = 0.79$; ➤ Accesibilidad, $\alpha = 0.76$. <p>Para medir la fiabilidad del instrumento a nivel de nuestra realidad se realizó la validación utilizando el</p>	

	coeficiente Alfa de Cronbach obteniéndose como resultado 0.9307.
DURACIÓN	10 minutos
SUJETOS DE APLICACIÓN	Personas hospitalizadas
TÉCNICA	Encuesta/Cuestionario