

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL**  
**DE OBSTETRICIA**



**INFORME DE TESIS**

**PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADO EN**  
**OBSTETRICIA**

**PERCEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN QUE RECIBE**  
**LOS ACOMPAÑANTES, EN EL SERVICIO DE**  
**EMERGENCIA OBSTÉTRICA DEL HOSPITAL JOSÉ**  
**ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA, TUMBES - 2013**

**AUTORAS**

**ABANTO CASTILLO, MAYRA PAOLA.**

**MEDINA ECHE, SINDY YESENIA.**

**TUMBES, PERÚ**

**2013**

## **DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD**

Abanto Castillo, Mayra Paola y Medina Eche, SindyYesenia, declaramos que los resultados reportados en esta tesis, son producto de nuestro trabajo con el apoyo permitido de terceros en cuanto a su concepción y análisis. Igualmente declaramos que hasta donde sabemos no contiene material previamente publicado o escrito por otra persona excepto donde se reconoce a través de citas. En este sentido, afirmamos que cualquier información presentada sin citar a un tercero es de nuestra propia autoría. Declaramos, finalmente, que la redacción de esta tesis es producto de nuestro propio trabajo con la dirección y apoyo de nuestras asesoras de tesis y jurado calificador, en cuanto a la concepción y al estilo de la presentación o a la expresión escrita.

Autoras

## RESPONSABLES

**Br. ABANTO CASTILLO, MAYRA PAOLA** \_\_\_\_\_

EJECUTOR

**Br. MEDINA ECHE, SINDY YESENIA** \_\_\_\_\_

EJECUTOR

**Mg. SOLEDAD ISLA GRADOS** \_\_\_\_\_

ASESOR

**Mg. JULIA MARIÑOS VEGA** \_\_\_\_\_

COASESOR

## JURADO DICTAMINADOR

**DR. NESTOR PURIZAGA IZQUIERDO** \_\_\_\_\_  
PRESIDENTE

**MG. GREVILLÍ GARCÍA GODOS CASTILLO** \_\_\_\_\_  
SECRETARIA

**MG. LILIAN SALDARRIAGA SANDOVAL** \_\_\_\_\_  
VOCAL

## **DEDICATORIA**

A nuestras familias, por su apoyo, comprensión,

por sus esfuerzos realizados para

brindarnos educación y sobre todo por

su amor incondicional; que Dios permita

siempre tenerlos a nuestro lado y que

gocen de nuestros triunfos.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios: Por habernos permitido la realización de una de nuestras metas personales; por haber guiado nuestros pasos y fortalecido nuestro corazón en la constante lucha de nuestra formación como profesionales de obstetricia.

A nuestra maestra: Mg. Soledad Isla Grados, por su ejemplar fuerza moral, espiritual y académica que desinteresadamente nos apoyó, para el éxito de esta investigación.

A la maestra: Mg. Julia Mariños Vega, quien con sus conocimientos y habilidades en la investigación cualitativa, hizo aportes valiosos para mejorar este trabajo en su contenido y en su forma.

A las autoridades del Hospital José Alfredo Mendoza Olavarría, a los obstetras quienes nos brindaron las facilidades del caso para la recolección de la información necesaria.

Al jurado por sus observaciones, apreciaciones, que han sido un valioso aporte ya los acompañantes de las pacientes del Servicio de Emergencia, que participaron en la investigación.

# CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	11
<b>Capítulo I:</b> Abordaje teórico	14
<b>Capítulo II:</b> Abordaje Metodológico	28
<b>Capítulo III:</b> Resultados	37
<b>Capítulo IV:</b> Análisis y Discusión de los Resultados	38
<b>Capítulo V:</b> Conclusiones	54
<b>Capítulo VI:</b> Recomendaciones	55
Referencias Bibliográficas	56
Anexos	73

## RESUMEN

La investigación realizada es cualitativa con enfoque fenomenológico, se planteó como objetivo develar la percepción de la información que reciben los acompañantes, en el servicio de emergencia obstétrica del Hospital José Alfredo Mendoza Olavarría, Tumbes 2013. La muestra no probabilística seleccionada en forma intencional estuvo constituida por quince acompañantes con las cuales se saturaron los discursos. Se aplicó una entrevista semi-estructurada diseñada. A partir de las respuestas se construyeron tres categorías: “Develando la información recibida”, “Develando la percepción de la información”, “Develando la percepción del trato recibido” Esto permitió concluir que, la información que reciben los acompañantes no es completa o no es adecuada, incluso algunos participantes opinaron no ser informados, los participantes no identifican al personal de salud que les brinda la información; por otro lado opinan que el tiempo que demoran para saber el estado de salud de su familiar es largo produciendo insatisfacción. Finalmente el trato es evaluado como inadecuado por los acompañantes pues relacionan al trato con la falta de información. En base a esto proponemos las siguientes recomendaciones, la institución debe normar estrategias para que los usuarios estén informados, como establecer un horario de información al público con el nombre del profesional responsable cada día. Los responsables de la atención deben de identificarse en el momento de brindar la información, nombre y apellido en forma legible en el uniforme porque es un derecho del acompañante saber quién evalúa a su familiar, los profesionales de salud deben procurar mantener una relación cordial y empática tanto con el paciente y el acompañante porque esto favorece en la percepción del acompañante sobre la calidad del servicio recibido, beneficiando no sólo al profesional sino también a



la institución. Explicar a las acompañantes con información efectiva respecto al tiempo estimado de espera para recibir atención médica.

**Palabras claves:** percepción de la información, acompañante del hospitalizado.

## ABSTRACT

The research is phenomenological approach, target raised to reveal the perception of information received by the party at the emergency Obstetric Hospital José Alfredo Mendoza Olavarria, Tumbes 2013. The selected probability sample intentionally consisted fifteen companions with which speeches were saturated. We applied a semi-structured interview designed. From the responses were constructed three categories: "Unveiling the information received", "Unveiling the perception of information", "Unveiling the perception of his treatment" It was concluded that the accompanying information received is not complete or not is adequate, even some participants not to be informed, participants identified health staff gives information on the other hand believe that the time it takes to know the health of your family is long producing dissatisfaction. Finally, the treatment is assessed as inadequate by companions as related to dealing with the lack of information. Based on this we propose the following recommendations, the institution must regulate strategies to keep users informed, to establish a schedule of information to the public with the name of the responsible professional every day. The Accountable Care must be identified at the time of providing the information, full name legibly on the uniform because it is a companion right to know who evaluates your family, health professionals must work to maintain a cordial and empathetic both the patient and the companion because it favors the passenger perception on the quality of care, benefiting not only the professional but also the institution. Explain to the companions with effective information regarding the estimated wait time for medical care.

**Keywords:** perception of information, accompanying the hospital.

## INTRODUCCIÓN

El ingreso a un servicio de urgencia, supone una situación de estrés ansiedad, miedo e inseguridad, tanto para el paciente como para su familia. Al ingreso se prioriza la asistencia sanitaria, minusvalorando la atención a los familiares, quienes presentan una ansiedad e interrupción de los procesos familiares.<sup>1</sup>

En las primeras horas de ingreso, el trabajo de los profesionales se centra en la atención inmediata del paciente según el motivo del ingreso y en la acogida del familiar en la unidad. Así el paciente es sometido a la monitorización continua de sus constantes vitales, pruebas diagnósticas (analíticas, EKG, Rx...), técnicas e inicio del tratamiento.<sup>2</sup>

Y a la incertidumbre del motivo de ingreso se añade la ubicación en un entorno desconocido, altamente tecnificado y lejos de sus familiares y conocidos. Todo ello convierte esta situación en una experiencia difícil, para el paciente y su familia.<sup>3</sup>

Sin embargo se debe recordar que la unidad de emergencia de un establecimiento de salud se caracteriza por ser de alta complejidad asistencial y con una alta carga afectiva en los procesos de atención que experimenta el usuario y su entorno familiar, por lo que este último constituye un elemento fundamental a resguardar en la calidad de la atención que se otorga a los usuarios.<sup>4</sup>

En este ámbito, se torna aún más sensible y relevante, puesto que el proceso de atención, por su naturaleza de riesgo vital y alta demanda asistencial, es muy prolongado, transcurriendo un largo tiempo en que familiares y acompañantes deben esperar mientras el

usuario es atendido. Durante este período los usuarios acuden a solicitar información sobre el estado de atención y situación de su paciente.

Por lo anterior, se hace necesario informar a los familiares o acompañantes responsables lo relacionado al diagnóstico, tratamiento y pronóstico de su paciente, que se encuentra recibiendo atención médica además de esta manera se garantiza el derecho a la información y disminuye la tensión que ocasiona la incertidumbre de una situación clínica que puede ser grave.<sup>5</sup>

Las investigaciones acerca del tema, tanto en la realidad nacional como internacional han sido abordadas sólo desde el punto de vista de calidad de la información en los servicios de salud; enmarcados en la relación con la calidad de la atención.

En el contexto internacional en Colombia se realizó la investigación sobre la calidad de la información en los servicios de salud que da el personal de enfermería a los familiares y acompañantes en el servicio de urgencias de la empresa social del estado Hospital San Rafael de Tunja 1998; concluyó, que la calidad de la información en el servicio de urgencias de la empresa social del estado del Hospital San Rafael de Tunja, está determinada por múltiples factores tales como: la actitud del personal y la forma como ésta se da no satisface a un alto porcentaje de usuarios, familiares y acompañantes.<sup>6</sup>

En el ámbito nacional, destaca la investigación sobre el nivel de satisfacción y disfunciones percibidas sobre la calidad de atención de los servicios obstétricos en el Hospital Nacional Hipólito Únanse en el 2002, concluyó que las pacientes se quejaron más frecuentemente por los largos tiempos de espera, mala calidad de

información, la falta de calidez en el trato, y deficiencias en el confort. Se encontraron altos niveles de satisfacción por la atención a la paciente. Sin embargo, el nivel de satisfacción por la atención al acompañante fue significativamente menor.<sup>7</sup>

En el contexto regional no se han encontrado investigaciones sobre el presente tema.

En nuestras experiencias vividas durante la realización del internado en el servicio de emergencia obstétrica, del Hospital II-1 José Alfredo Mendoza Olavarría, Tumbes, evidenciamos la incertidumbre del familiar y/o acompañante después de recibir la información brindada por el personal de salud.

Tomando en cuenta el contexto señalado, las autoras se motivaron a realizar este proceso investigativo para esto se planteó la interrogante: ¿Cuál es la percepción de la información que reciben los acompañantes, en el servicio de emergencia obstétrica del Hospital José Alfredo Mendoza Olavarría, Tumbes. 2013?, que se resolvió develando la percepción de la información que recibió el acompañante, en el Servicio de Emergencia Obstétrica del Hospital José Alfredo Mendoza Olavarría conocimiento que serviría para decidir estrategias para mejorar la calidad de atención.

Este trabajo de investigación es relevante toda vez que se inserta en el contexto de la salud pública y las políticas de salud actuales con impacto en la calidad de atención en los servicios de salud, también porque los resultados permitirán abordar en nuestra realidad, la temática relacionada con el derecho que tiene el usuario y su acompañante de ser informado, que servirá a los responsables del hospital definir estrategias que contribuyan a mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud.

## **CAPÍTULO I**

### **ABORDAJE TEÓRICO**

Sobre la percepción se ofrecen diversas definiciones que han ido evolucionando hacia la implicación de las experiencias y los procesos internos de los individuos.

Según la psicología clásica de Neisser, la percepción es un proceso activo-constructivo en que el receptor, antes de procesar la información y con los datos archivados en su conciencia, construyen un sistema informativo anticipatorio, que le permite contrastar el estímulo y aceptarlo o rechazarlo según se adecue o no a lo propuesto por el esquema, se apoya en el aprendizaje.<sup>8</sup>

La percepción es igual al aprendizaje es el proceso a través del cual se adquieren nuevas habilidades, destrezas, conocimientos, conductas o valores como resultado del estudio, la experiencia, la instrucción, el razonamiento y la observación. Este proceso puede ser analizado desde distintas perspectivas, por lo que existen distintas Teorías de la recepción de la información.

Feldman define la percepción de la información como el aprendizaje, para un proceso de cambio relativamente permanente en el comportamiento de una persona generado por la experiencia.<sup>9</sup>

La información está constituida por un grupo de datos ya supervisados y ordenados, que sirven para construir un mensaje basado en un cierto fenómeno o ente. La información permite resolver problemas y tomar decisiones, ya que su aprovechamiento racional es la base del conocimiento. Por lo tanto,

otra perspectiva nos indica que la información es un recurso que otorga significado o sentido a la realidad, ya que mediante códigos y conjuntos de datos, da origen a los modelos de pensamiento humano.<sup>10</sup>

Un derecho humano fundamental es el derecho a estar informado. En el contexto actual, época en que la información es una herramienta de acceso universal, es necesario centrar nuestro esfuerzo en una relación médico-paciente basada en una relación de confianza determinada por una comunicación efectiva, y por el respeto a la verdad objetiva.<sup>11</sup>

Por relación médico-enfermo se entiende aquella interacción que se establece entre el médico y el paciente con el fin de devolverle a éste la salud, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad.<sup>12</sup>

Desde que el hombre empezó a enfermar han existido otros hombres que intentaban curar las enfermedades. En las culturas primitivas era el brujo de la tribu el que, por medio de complicados rituales, expulsaba del cuerpo del atribulado enfermo los malos espíritus que producían el mal. La relación entre ellos era de sometimiento absoluto. Este tipo de relación ha persistido durante miles de años y ha empezado a cambiar hace algunas décadas.<sup>13</sup>

Es importante recordar brevemente el cambio operado en la relación médico-paciente. Así, de una conducta de la profesión sanitaria (pues no sólo hablamos de médicos) basada en el principio de beneficencia, donde el enfermo se entregaba sin más a los conocimientos del profesional, se ha pasado a una relación horizontal, fundamentada ahora en el principio de autonomía. Esto

significa que la opinión del enfermo respecto a los procesos diagnósticos y terapéuticos que le afecten ha de ser considerada; tanto es así que se necesita la prestación de su consentimiento de forma previa a cualquier actuación sanitaria.<sup>14</sup>

La Asociación Americana de Hospitales aprobó en 1973 la primera Carta de Derechos del Paciente, que supone el reconocimiento oficial del derecho del enfermo a recibir una completa información sobre su situación clínica y a decidir entre las opciones posibles, como adulto autónomo y libre.<sup>15</sup>

Así también la Organización Mundial de la Salud en 1994, promulga la *Declaración para la promoción de los derechos de los pacientes en Europa*. En el artículo dos se afirma: "Los pacientes tienen derecho a ser informados en detalle sobre su estado de salud, incluyendo los datos médicos sobre su estado; sobre los procedimientos médicos propuestos, junto a los riesgos potenciales y beneficios de cada procedimiento. La información debe ser comunicada al paciente de forma adecuada a su capacidad de comprensión, minimizando el uso de terminología técnica poco familiar".<sup>16</sup>

En nuestro país, la ley N° 29414 establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud en el artículo 15° encontramos que toda persona tiene derecho a lo siguiente: acceso a los servicios de salud, acceso a la información, atención y recuperación de la salud y al consentimiento informado.<sup>17</sup>



La información clínica que se proporciona al paciente o usuario de un servicio de salud puede contribuir al mejor desarrollo del proceso asistencial, mejorar la relación entre los sanitarios y aquél, por tanto, influir en la calidad del servicio. Esta información, que ha de ser proporcionada al paciente (salvo excepciones recogidas por la norma), incluye la finalidad de la intervención, los riesgos y su naturaleza.<sup>18</sup>

El ordenamiento jurídico define la información clínica como parte de la lexartis que ha de cumplir toda profesional sanitaria y fija unos caracteres que aparecen como mínimos de calidad.

Además, ha de ser real, comprensible para el destinatario y adecuada a sus circunstancias personales y sociales. Todo profesional sanitario que interviene en el proceso asistencial tiene la obligación de informar dentro de sus funciones y competencias.<sup>19</sup>

Se informará: un juicio clínico que, siempre que sea posible debe incluir una valoración pronóstica, las pruebas complementarias que se practicarán y la necesidad o no de consentimiento informado, tiempo de espera aproximado para la realización y evaluación de las pruebas complementarias y donde se realizarán este sí lo son en áreas distintas del servicio de urgencia.

Se especificará, sobre todo a familiares, que se dará información adicional siempre que se produzca un cambio en la situación clínica (complicación o agravamiento) o cuando se tome una decisión definitiva sobre el paciente: ingreso, alta o permanencia en el área de observación.<sup>20</sup>

La información facilitada a los pacientes y sus familiares en relación a su estado de salud, desde el punto de vista médico, tiene una gran importancia, en general durante la hospitalización. Una de las principales necesidades de los familiares, en general, es recibir una adecuada información. Tanto el paciente como el familiar y los profesionales sanitarios, deberán quedar satisfechos con la atención prestada. Las claves para lograrlo pasan por conocer, comunicar y atender.<sup>21</sup>

La relación médico-paciente-familiar debería ser una relación de cordialidad, de confianza en que el factor humano predomine sobre la relación profesional. Los facultativos deben hacer un esfuerzo para informar e incorporar a los familiares en la toma de decisiones y en todo el proceso explicativo que sea necesario, y estos deben ser conscientes de la limitación que les supone, como no expertos médicos.

Si se consigue llegar a esta armonía, habrá una mejora notable en la calidad de la relación médico-paciente-familiar y una atención personalizada por parte del médico al paciente.<sup>22</sup>

Proporcionar información asistencial a los pacientes es necesario para el correcto desarrollo de la relación sanitario-paciente y erige un factor determinante en la adecuación de las expectativas de los usuarios al resultado final de la prestación del servicio.<sup>23</sup>

Por otro lado, se considera de suma importancia el papel que desempeña la familia dentro de la sociedad, señalando que no se pueden separar las necesidades del paciente con su familia por ser una unidad funcional, principalmente durante los procesos de enfermedad.

Entendemos por familiar acompañante a la persona conocida del paciente, que son familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo u otras personas y que podrá permanecer allado del paciente, exclusivamente como compañía, en los horarios autorizados de día o de noche. Los elementos básicos que lo definen son: su carácter no institucional, la no remuneración. Ya que se desarrollan en el terreno de lo privado, asentados sobre relaciones personales generalmente de parentesco. También asumen la responsabilidad de atender las necesidades de la persona hospitalizada.<sup>24</sup>

Esto se traduce en una presencia física casi permanente en el entorno hospitalario, entonces debemos considerar que los familiares son una parte fundamental en la recuperación y el cuidado del enfermo. El objetivo primordial dentro de los servicios de salud es la calidad de la atención, otorgando una mayor responsabilidad y compromiso a todo el equipo, multidisciplinario para satisfacer las necesidades de todos y mantener elevados nuestros indicadores de calidad.<sup>25</sup>

Los acompañantes de pacientes de los servicios de urgencias, presentan rasgos diferenciales respecto a los acompañantes de otros departamentos hospitalarios. Las posibles demoras en la información o la tensión psicológica en los familiares de otros pacientes pueden contribuir a desencadenar conductas agresivas hacia el personal sanitario, suelen acudir con un gran componente de estrés, tienen una alteración brusca de las actividades cotidianas del día y un desconocimiento sobre el tiempo que van a emplear en el servicio de urgencias, incertidumbre sobre el pronóstico de la enfermedad y falta de información sobre la misma.<sup>26</sup>

Aguirre y Castillo clasifican a los acompañantes como el colaborador, que ayuda al médico espontáneamente y con respeto, con información de interés acerca del paciente y adoptando una posición de corresponsabilidad en el proceso terapéutico. El pasivo, es frecuente en hombres; generalmente permanece en la sala de espera de forma voluntaria o involuntaria.

El intrusivo que contesta por el paciente, da instrucciones al médico o induce respuestas en el paciente. Por último, el enfermo es el que proyecta sus síntomas sobre nuestro paciente donde el acompañante es en realidad el verdadero enfermo, y refleja sus ansiedades y demandas en el paciente.<sup>27</sup>

Novaes y colaboradores señalan que la percepción es el primer proceso cognoscitivo, a través del cual los familiares captan la información del entorno, llevándola a sus sistemas sensoriales.<sup>28, 29</sup>

El proceso de la percepción, se propone que es de carácter inferencial y constructivo, el cual genera una representación interna de lo que sucede en el exterior al modo de hipótesis. Para ello se usa la información que llega a los receptores y se va analizando paulatinamente, así como información que viene de la memoria tanto empírica, como genética.<sup>30</sup>

La percepción varía de acuerdo a que experiencia y a que aprendizaje previo tenga el familiar. Toda la información y los estímulos que se captan por los sentidos, más aquellos aspectos que influyen en la forma de percibir, generan la elaboración de un concepto.<sup>31</sup>

La percepción del familiar acompañante, con relación a los servicios de salud, es considerado como una actividad guiada por

ciertas expectativas que pueden ser modificadas por la información que se obtiene como consecuencia de esta actividad la cual refleja en gran medida el grado de satisfacción que el familiar acompañante además del paciente pueden tener de la atención recibida; la percepción, por otro lado, depende de la calidad de los servicios otorgados.<sup>32</sup>

Actualmente la inclusión de los familiares también es fundamental en la comprensión del proceso, en muchas ocasiones el paciente se ha hecho cargo de las tensiones familiares, en otras, la enfermedad del paciente, sobre todo si es grave e invalidante, tiene importantes repercusiones en la familia, mucho más si se produce la muerte del paciente.

Por ello, el trabajo con la familia es de gran interés y en muchos casos imprescindible, ya que pueden aportar datos básicos para la comprensión y tratamiento de la enfermedad del paciente.

El proceso comunicativo que se establece entre el profesional sanitario y el paciente, tiene como finalidad optimizar este proceso y contribuir a un servicio sanitario de mayor calidad y eficacia. La primera razón por la que los pacientes se declaran satisfechos de la atención recibida, es el trato humano que reciben por parte del profesional sanitario que les atiende.<sup>33</sup>

Desde sus orígenes, la comunicación permitió al hombre no solo relacionarse con sus congéneres, sino que a través de las diferentes épocas, ha sufrido las transformaciones necesarias (históricas, culturales, políticas, económicas, estéticas, filosóficas y de otra índole) hasta convertirse en lo distintivo de la especie

humana (en relación con los otros seres vivos que comparten o habitan el planeta Tierra).

Como proceso universal se manifiesta en todas y cada una de las facetas del ser humano; se establece de igual modo como una necesidad insoslayable de la vida humana y se erige desde: los valores, leyes y regulaciones donde actúa el hombre.<sup>34</sup>

La comunicación es relevante en diferentes contextos incluyendo: relación médico-paciente, búsqueda de información respecto a salud a través de varios medios masivos de comunicación, y recomendaciones clínicas, construcción de mensajes de salud, campañas, propagación de información individual o para la población. La comunicación no sólo debe servir para obtener información que el médico necesita en el cumplimiento de sus funciones, debe emplearse también para que el paciente se sienta escuchado, para comprender enteramente el significado de su enfermedad y para que se sienta copartícipe de su atención.<sup>35</sup>

En la práctica médica resulta imprescindible su papel, no sólo como fuente inagotable de "información"; modulación de conducta, personalidades, valores, de trabajo individual y colectivo; de enseñanza, asesoramiento, así como para la obtención y expresión de nuevos éxitos en la curación de personas, de lo psicológico, de la interrelación indispensable con otras especialidades médicas. Sus disímiles modos de expresión (verbal y extraverbal), al menos en salud, conducen a riesgos necesarios, susceptibles de ser observados y bien desarrollados para no generar conflictos de relación (médico-paciente-familia), de incalculables daños para estos.<sup>36</sup>

La comunicación acerca y une a las personas como un todo en las diferentes formas de enseñanza (conferencias, seminarios, clases prácticas, pases de visitas médicos, discusiones colectivas y entre servicios, piezas en fresco y otras); las lleva a la concreción del actuar y pensar, de lo que se supone se practique; anima a discutir problemas objetivos y subjetivos existentes en el Sistema Nacional de Salud, la docencia y la vida social, económica y política de la nación.<sup>37</sup>

El vínculo de la atención en salud con las prácticas comunicativas es tan antiguo como el surgimiento de las ciencias médicas en sí mismas. Hipócrates enseñaba a examinar al enfermo, observar síntomas y signos, llevar un minucioso registro sin omitir los fracasos y comunicarse largamente con los pacientes. El juramento hipocrático ha pasado a la posteridad como encarnación del humanismo y del *ethos* médico; su influencia se proyecta en diversas culturas y aparece recogido, explícita o implícitamente, en el contenido de diversos compromisos médicos.

En la modernidad, la necesidad del respeto a la dignidad humana en la práctica médica y, especialmente, en el ejercicio de la comunicación entre el médico y el paciente, se refrenda en todos los juramentos, los cuales continúan exhibiendo de alguna forma la impronta hipocrática en su función de modelo y fuente para la actuación médica.<sup>38</sup>

Si bien la comunicación médico-paciente es tan antigua como la medicina misma, no fue hasta una época relativamente reciente que se abordó de modo sistemático y formal.

Uno de los aspectos más investigados actualmente en cualquier organización sanitaria se refiere a la satisfacción de consumidores; y cuando se trata de la comunicación adquiere extrema importancia hasta llegar incluso a constituirse en un indicador de calidad del servicio prestado, es decir, un estándar o medidor de la calidad del servicio de salud brindado.<sup>39</sup>

Existen elementos que afectan la comunicación entre pacientes, familiares y trabajadores como no dedicar el tiempo necesario a la comunicación con el paciente, no fomentar el respeto y la confianza mutua, no escuchar, no reconocer al paciente y sus familiares como la fuente más importante de información.

Además de no identificar las necesidades de pacientes – familiares ni proporcionarles vías para resolver sus problemas o exigencias mediatas o inmediatas; deficiencias lingüísticas y culturales que llevan al paciente a no exponer sus dudas. Así como no respetar ni comprender los valores de pacientes – familiares por los trabajadores de salud y viceversa, sumado a falta de empatía, olvido, temor, iatrogenia y no informar adecuadamente.<sup>40</sup>

¿Realmente es tan importante lograr una comunicación adecuada con los pacientes y sus familiares? Hoy día, todas las organizaciones internacionales y nacionales de salud del mundo destacan la necesidad de continuar desarrollando este importante y necesario aspecto de la relación médico-paciente, pues de ello no solo deriva el mayor porcentaje de las insatisfacciones y quejas que se analizan diariamente en las instituciones sanitarias, sino algo aún más trascendente: gran parte del éxito en el diagnóstico parece depender de la correcta práctica de esta importante herramienta médica.



SelmanHousein enfatiza en la necesidad del rescate de una adecuada relación médico-paciente desde la perspectiva de la comunicación y la excelencia en la atención médica, además de señalar que esta es imprescindible para que se produzca la comunicación en dos direcciones: del paciente al médico y del médico al paciente y así se obtienen los datos necesarios para diagnosticar correctamente el proceso; pero si no existe una comunicación adecuada, ocurrirán disímiles irregularidades, el paciente no se sentirá atendido, perderá la confianza en el facultativo y, por tanto, no colaborará lo suficiente en la atención al afectado y el tratamiento de su enfermedad.<sup>41</sup>

Se especifican también algunos elementos a tener en cuenta para una debida comunicación, tales como, medio ambiente donde se desarrolla esta actividad, porte y aspecto del personal que brinda la información y desarrolla la relación médico-paciente, cortesía, gentileza, seguridad y explicación.

La mejor forma de hacer más eficaz la relación interpersonalmente será a través de un adecuado entrenamiento en habilidades sociales, fundamentalmente en alguna de ellas como la capacidad de empatía, las aptitudes de percepción social, las habilidades verbales y las capacidades de comunicación no verbal, habilidades todas ellas de carácter claramente interpersonal.<sup>42</sup>

Otorgar atención médica conforme a las normas de calidad, conocimiento de la medicina y tecnología vigentes, con oportunidad, amabilidad, trato personalizado, comunicación permanente entre los participantes en el acto médico en un ambiente confortable que permita mejorar el nivel de salud y la satisfacción del usuario y del trabajador que contribuyan a mejorar la calidad de vida.

La prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados y, como una de las actuaciones a desarrollar por las administraciones públicas, a través de sus servicios de salud, el control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria a todos sus niveles.<sup>43</sup>

La orientación de los servicios sanitarios hacia la satisfacción de las necesidades de pacientes y usuarios implica que cuando se habla de calidad se tengan presentes dos dimensiones estrechamente ligadas: por un lado, la aplicación de la ciencia para la solución de un problema (calidad científico-técnica) y, por otro, la calidad percibida por el usuario (o lo que es lo mismo, el resultado de la diferencia entre lo que el paciente o usuario espera del servicio y lo que dice haber obtenido). Esta última dependerá, entre otros factores, de cómo se produzca la interacción entre el usuario y los profesionales que prestan los servicios, así como de las expectativas que previamente se haya formado aquél.

Actualmente, la satisfacción de los usuarios es utilizada como un indicador para evaluar las intervenciones de los servicios de salud, pues nos proporciona información sobre la calidad percibida en los aspectos de estructura, procesos y resultados sobre la atención prestada en cada uno de sus servicios.<sup>44</sup>

AvedisDonabediandefine calidad como el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud.<sup>45</sup>

El concepto de calidad, aplicado a los servicios de salud, se ha incorporado en nuestro país en los últimos años. Esto no implica que históricamente los servicios de salud no hayan buscado permanentemente la excelencia, pero la adaptación de modalidades provenientes del sector industrial al sector de los servicios ha provocado un “aggiornamiento” que debería repercutir favorablemente en los mismos, tiene por un lado la posibilidad de revitalizar viejos conceptos siempre vigentes, pero ha fortalecido dos elementos que no siempre han sido tenidos en cuenta.<sup>46</sup>

Se encontró que el concepto de calidad engloba dos grandes enfoques, como son, la calidad objetiva y la calidad percibida: la primera se centra en la oferta y mide las características objetivas y verificables de los servicios; la segunda sin embargo, parte del lado de la demanda y hace referencia a la apreciación de los clientes o usuarios sobre dichas características.<sup>47</sup>

La calidad de la atención aplicada a los servicios de salud se inició durante el procedimiento del censo de Estados Unidos de América, y que confiere a todos los trabajadores de las instituciones una mayor responsabilidad y compromiso para realizar a la perfección su labor y prestar un servicio que satisfaga las necesidades de todos los usuarios y equipo multidisciplinario.<sup>48</sup>

La calidad de atención se considera un elemento clave de los programas de planificación familiar y salud reproductiva en el contexto de un enfoque centrado en el cliente que tiene como objetivo proporcionarle a éste un servicio de alta calidad, por considerarse a éste un derecho humano básico.<sup>49</sup>

## CAPITULO II

### ABORDAJE METODOLÓGICO

#### TIPO DE ESTUDIO:

El estudio se realizó a través del método cualitativo con enfoque fenomenológico, lo que permitió describir un aspecto selecto de la cultura, identificando las características de la información que se brindó a los acompañantes de las usuarias que acudieron al servicio de emergencia obstétrica.

Estas experiencias descritas por los acompañantes sujetos de estudio no dejan escapar las ambigüedades y contradicciones dispersas en las entrevistas, no mide un fenómeno sino lo describe e interpreta para que se conozca de manera más compleja y profunda la información.

La investigación cualitativa pretende generar teorías a partir de los resultados obtenidos, a diferencia de la investigación cuantitativa, aquí no se requiere especificar detalladamente el diseño de investigación, utiliza un “diseño emergente”, sencillo, que se va modificando o ampliando según las versiones emitidas.<sup>50, 51</sup>

El enfoque fenomenológico se define como ciencia descriptiva, rigurosa, que permitió explicar la percepción de la información como esencia de lo vivido. El método fenomenológico propone caminos para llegar a la comprensión del sentido dentro del propio fenómeno investigado a partir de la investigación directa y descriptiva del fenómeno experimentado.<sup>52</sup>

Fichte en 1804, usa la fenomenología como teoría de la apariencia, pero como una manifestación de algo real y verdadero, una revelación que dio respuesta a nuestra inquietud en la presente investigación.

Las teorías de Lambert sostienen que el hombre habita el mundo de acuerdo a como siente, considerando cuatro aspectos de la investigación fenomenológica que son: la descripción, redacción, interpretación y análisis.

LA DESCRIPCIÓN FENOMENOLÓGICA, surgió como resultado de una relación lógica que se da de un sujeto a otro a través de los participantes. En el presente estudio se obtuvo como resultado de la entrevista a los acompañantes de las pacientes que acudieron al servicio de emergencia obstétrica del Hospital José Alfredo Mendoza Olavarría de Tumbes, con los discursos transcritos se realizó el procedimiento y análisis de datos no sin antes despojarse de los pensamientos e ideas preconcebidas por los autores.

REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA, rescató la esencia de las afirmaciones espontáneas sin cambiar el sentido de lo expresado para comprender lo esencial del fenómeno de estudio usando para ello el cambio del lenguaje étnico a un lenguaje ético, sin modificar la naturaleza de la expresión o fenómeno expresado lo que nos permitió conocer la percepción de la información que recibieron los acompañantes de las pacientes que acudieron al servicio de emergencia obstétrica.

INTERPRETACIÓN FENOMENOLÓGICA, interpretó lo expresado en los discursos, es decir los significados psicológicos presentes en las descripciones ingenuas, naturales y espontáneas de los acompañantes de las pacientes que acudieron al servicio de

emergencia obstétrica; en esta etapa la interpretación se consiguió mediante el análisis ideográfico y nomotético, luego se analizó y se construyó las unidades de significado.

**ANÁLISIS FENOMENOLÓGICO**, las descripciones abarcaron momentos que permitieron llegar a comprender el fenómeno descrito; se utilizó para ello el método de análisis cualitativo, mediante el sentido de todo que permitió comprender los sentimientos de los acompañantes en estudio, a través de la comprensión de la naturaleza de los discursos al ser contextualizados en unidades de significado, utilizando las expresiones establecidas en base a los elementos comunes, en los discursos que permitieron agruparlas para hacer la construcción de las subcategorías y luego se formaron las categorías propiamente dichas y se constituyó la estructura del fenómeno investigado.

**TAMAÑO DE LA MUESTRA:** El tamaño de la muestra fue de 15 acompañantes, que se determinó mediante saturación cuando los discursos se hicieron repetitivos.

**TIPO DE MUESTREO:** La muestra fue de tipo no probabilística seleccionada en forma intencional.

## **RECOLECCION DE DATOS**

**INSTRUMENTO:** La guía de entrevista semiestructurada (**ANEXO Nº 02**), se realizó en forma individual en la que figuran datos generales y luego las preguntas generadoras de debate. La información fue registrada a través de una grabadora de mano y el cuaderno de campo, instrumentos que nos sirvieron de ayuda para poder conocer la percepción de la información que recibió el acompañante en el servicio de emergencia obstétrica.

**PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:** Se solicitó autorización para ejecutar el proyecto de investigación a la Dirección del Hospital José Alfredo Mendoza Olavarría, por intermedio de un documento que fue emitido por la Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, después de la aprobación se derivó el documento a la coordinadora de obstetras, quien nos concedió el permiso de proceder con la ejecución del proyecto, luego nos presentamos a los Obstetras encargados del servicio de emergencia obstétrica. Posteriormente se realizaron los siguientes pasos:

**Los acompañantes investigados emitieron en un Formato su Consentimiento Informado (ANEXO 01)**, para participar en el estudio, se explicó el fin y/o propósito de este proyecto de investigación y se solicitó el consentimiento para la participación en esta investigación haciendo firmar al entrevistado (a) el formato de consentimiento informado, para dar inicio a la entrevista.

**Aplicación de la Guía de Entrevista Semiestructurada: (ANEXO N° 02)**, La guía contó con preguntas orientadoras, previamente se estableció una relación confiable entre el entrevistador y el entrevistado (a) para la obtención de respuestas amplias, que nos permiten conocer la manera de pensar que tiene el acompañante sobre el tema de investigación, así también utilizando expresiones coherentes con un tono de voz normal enmarcado en una relación de confianza e interés por las expresiones del entrevistado, para obtener material de calidad para la investigación.

## **ANÁLISIS DE LOS DATOS:**

El análisis fenomenológico de las entrevistas realizadas a la población en estudio, fue a través de un proceso comprensivo, donde se produjo la transformación de la vivencia humana en conocimiento significativo.

Este análisis incorporó en mayor y menor intensidad, el aspecto personal atribuido por las participantes sobre el significado de una palabra y/o sobre las connotaciones atribuidas a un concepto que envuelve no sólo componentes racionales sino también ideológicos afectivos y emocionales. Para tal efecto se consideró siete pasos para la construcción consistente que permitió presentar los resultados expresados en categorías y subcategorías como resultado final.

**1º** Para el análisis temático primero se realizó la transcripción íntegra de las entrevistas grabadas, luego la lectura de los textos a partir de una atención constante. Posteriormente con base en esta atención se procedió a realizar tres relecturas, intercalando escuchar el material grabado con la lectura del material transcrito. De esta forma se hizo posible hacer un seguimiento y ligación de las asociaciones en cada entrevista.

**2º** Por medio de una nueva relectura fueron marcadas palabras y frases de los textos originales identificándose las convergencias y divergencias en cada entrevista, lo que nos permitió acercarnos más a la respuesta del problema planteado.

**3º** Luego de ser identificadas las convergencias y divergencias, conjuntamente con la idea principal de lo expresado se generaron sub categorías, realizándose la descontextualización de los discursos.



4º Seguidamente se agruparon los enunciados según la sub categoría a la que pertenecían, considerando la idea principal de lo expresado por la entrevistada.

5º Las sub categorías mencionadas permitieron la construcción de las categorías dirigidas a solucionar el cuestionamiento de los objetivos planteados.

6º Con la elaboración de las categorías se asignó el nombre de los colores a los diferentes discursos de los acompañantes, por ser comunes y de fácil adaptabilidad.

7º Después de la construcción de las categorías se procedió a la discusión de los datos y a los resultados.

## **EL RIGOR Y LA ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación cualitativa se fundamentó en criterios de rigor y éticos, los mismos que tuvieron como finalidad asegurar la veracidad, calidad, validación y totalidad de los discursos que permitieron encontrar la particularidad en cada uno de ellos y que a su vez permitió tener datos que desde su perspectiva sirvieron para generar respuesta a la incógnita que generó este trabajo de investigación, que son especialmente pertinentes para la ética de la investigación que implica a los seres humanos; los principales son:

### **a. En relación a la ética**

Se tomó en cuenta el consentimiento informado, el principio de beneficencia, de justicia, de respeto a la persona humana, la confidencialidad, la privacidad y el anonimato de las personas entrevistadas.

### **Principio de Beneficencia:**

“Hacer el bien”, la obligación moral de actuar en beneficio de los demás. Curar el daño y promover el bien o el bienestar. Este principio encierra dimensiones que a continuación mencionamos.

Garantía de no sufrir daños. No se acepta una investigación en que a las participantes, se les exponga a experiencias que den por resultados daños graves o permanentes; se debe tener en cuenta no sólo el daño físico, sino también el daño psicológico.

Garantía de no utilización de la información. Implicó asegurar a las entrevistadas que su información no sería utilizada de ninguna forma contra ellas.<sup>53, 54</sup>

Durante la ejecución de la investigación no se expuso a las personas entrevistadas a daños psicológicos, se utilizó la entrevista semiestructurada en la que se formularon preguntas de manera que los sujetos de estudio no se sintieran presionadas, ni forzadas a responder o que alguna de sus respuestas puede ser criticada por alguno de los entrevistados, se permitió una entrevista abierta para rescatar las ideas que tuviese el participante. Así mismo durante la investigación no se utilizó la información para otros fines distintos a los establecidos.

### **Principio de Respeto a la Dignidad Humana:**

El concepto de dignidad humana remite al valor único, insustituible e intransferible de toda persona humana, con independencia de su situación económica y social, de la edad, del sexo, de la religión, etcétera, y al respeto absoluto que ella merece.<sup>55</sup>

En este caso a los participantes se les respetó y protegió como personas que son.

**Principio de Justicia:**

Equidad en la distribución de cargas y beneficios. El criterio para saber si una actuación es o no ética, desde el punto de vista de la justicia, es valorar si la actuación es equitativa.<sup>56</sup>

En este caso se dio un trabajo justo a las personas durante el tiempo que duró el estudio.

**Derecho a la privacidad:**

Se refiere al ámbito restringido de información, que administra todo sujeto respecto de su vida personal.<sup>57</sup>

Se conservó a través del anonimato no dándose a conocer la identidad de las entrevistadas y se designó un “seudónimo”, otorgándose así la protección al participante en estudio. Así mismo se mantuvo en privacidad las grabaciones de las entrevistadas, sólo siendo de su conocimiento por los investigadores y de las asesoras a cargo.

**b. En relación al rigor**

El rigor de la investigación, busca obtener datos completos, que sean de calidad y estén en un formato que facilite su organización para describir el trabajo percibido. Se consideraron criterios que determinan la fiabilidad de la información cualitativa, establecidos por Guba y Lincoln, citados por Castillo y Vásquez; los cuales son: la transferibilidad, la auditabilidad o neutralidad del análisis de información, credibilidad y consistencia.<sup>58</sup>

### **Credibilidad o Valor de Verdad:**

Alude a la confianza en la veracidad de los descubrimientos realizados en una investigación y hace referencia a la necesidad de que exista un isomorfismo entre los resultados de la investigación y las percepciones que los sujetos participantes poseen de la realidad estudiada.<sup>59</sup>

Existió un isomorfismo entre los resultados de la investigación y la percepción de los acompañantes sobre la información brindada sobre el estado de salud de sus pacientes en el servicio de emergencia obstétrica.

### **Aplicabilidad o Transferencia:**

Es posible extender los resultados del estudio a otras poblaciones.

### **Consistencia o Dependencia:**

Se contrastaron los resultados obtenidos por la observación del participante.

### **Neutralidad o Confirmación:**

Se exponen de forma clara y precisa los resultados de la investigación, a través de un análisis de los datos aportados en el cuerpo teórico del trabajo y en los anexos del mismo, dicho resultados pueden ser trasladados y ajustados a otros contextos concretos.

Todo lo mencionado permite presentar los resultados expresados en categorías, subcategorías como resultado final.

## **CAPITULO III**

### **RESULTADOS**

#### **1º.-DEVELANDO LA INFORMACIÓN RECIBIDA.**

- **EXPRESANDO RECIBIR INFORMACIÓN**
- **EXPRESANDO NO RECIBIR INFORMACIÓN**

#### **2º.- DEVELANDO LA PERCEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN.**

- **IDENTIFICANDO AL PERSONAL QUE BRINDÓ LA INFORMACIÓN**
- **EXPRESANDO EL TIEMPO QUE DEMORAN PARA DAR INFORMACIÓN**
- **EXPRESANDO LA FORMA QUE RECIBE LA INFORMACIÓN**
- **EXPRESANDO SATISFACIÓN AL RECIBIR LA INFORMACIÓN**

#### **3º.- DEVELANDO LA PERCEPCIÓN DEL TRATO RECIBIDO.**

- **EXPRESANDO EL TRATO RECIBIDO**

## CAPITULO IV

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

#### 1.-DEVELANDO LA INFORMACIÓN RECIBIDA

- **EXPRESANDO RECIBIR INFORMACIÓN**

Un derecho humano fundamental es el derecho a estar informado. En el contexto actual, época en que la información es una herramienta de acceso universal, es necesario centrar nuestro esfuerzo en una relación médico-paciente basada en una relación de confianza determinada por una comunicación efectiva, y por el respeto a la verdad objetiva.

En la prestación de servicios de salud, el personal tendrá el deber de incluir el componente informativo que comprende: el estado de salud del usuario, procedimientos o actividades que se le realicen, trámites o conductas a seguir como cirugías, remisiones, hospitalización y exámenes auxiliares de diagnóstico, interconsultas, referencias a hospital de mayor complejidad, etc. Informándole al familiar, acompañante y usuario toda la atención médica según su situación de riesgo.<sup>60</sup>

En este caso los acompañantes que recibieron información expresan lo siguiente:

*“Me dijeron que tenía amenaza de aborto y que tenía que quedarse, que esperara que la iban a evaluar de nuevo” (Rosado)*

*“Me dijeron que estaba para parto normal, sino que estaban esperando los análisis y si los análisis le salen alterados le van hacer cesárea”. (Celeste)*

*“Me ha dicho que le van a inducir el parto, porque está perdiendo líquido”. (Azul)*

*“La señorita me ha dicho que se va a quedar internada hasta mañana, para ver cómo va, si ya no vomita y le ha pasado el dolor de cabeza puede salir”. (Rojo)*

Estos discursos demuestran que los acompañantes son informados sobre el estado de salud de sus pacientes, sin embargo esta información es incompleta, porque se obvian algunos componentes informativos como diagnóstico y conductas a seguir, ocasionado en el acompañante incertidumbre al no tener una idea clara de lo que está sucediendo con su paciente.

El componente informativo de este servicio está determinado por las circunstancias en que se encuentre la demanda, puesto que en ocasiones es difícil informar debido a la agilidad con la cual se debe atender a los usuarios.

Muchas veces se presentan alteraciones del estado de salud de los usuarios, que no permiten que se les dé información a estos, sin embargo en diversas ocasiones, se da de manera parcial y rápida, sin tener en cuenta la calidad de la misma.

La información a la familia de los pacientes debe cumplir los principios de la ética médica. Los interrogantes familiares derivan de sus conocimientos sobre el problema y del interés por ver sano a su familiar, pero son el motor que rige su conducta. Por eso el cumplimiento de los principios de la ética médica es un factor que contribuye al buen desarrollo de la relación médico-paciente-familia.<sup>61</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) en su declaración de los Derechos Humanos en su Artículo 3ro menciona que “Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”. Tomando al humano como un ser holístico, y miembro de una familia, la cual es el principal apoyo, en una necesidad de salud.<sup>62</sup>

Sin embargo algunos de los entrevistados manifestaron no haber recibido información sobre el estado de su paciente como se demuestra en la siguiente sub categoría.

- **EXPRESANDO NO RECIBIR INFORMACION**

La información a pacientes y familiares sobre la situación clínica y el proceso asistencial característico del servicio de urgencias es básica para la garantía del derecho a la información y también para disminuir la tensión que ocasiona la incertidumbre de una situación clínica que puede ser grave.<sup>63</sup>

Al respecto las entrevistadas manifiestan:

*“Me llamaron para que fuera a comprar a la farmacia, pero no para decirme que tiene mi hija”. (Marrón)*



*“Me han dicho que espere allá en las bancas, sino voy a preguntar no me entero que ya está en sala de partos”. (Guinda)*

*“Salen pero para pedir alguna medicina y no dicen nada más”. (Anaranjado)*

*“Me llamaron por el nombre de mi esposa que valla a comprar medicinas”. (Turquesa)*

En los discursos se hace notorio que los entrevistados desconocen el estado de salud de su paciente ocasionado incertidumbre.

El acudir a los servicios de urgencias puede ocasionar situaciones de ansiedad y preocupación a pacientes y familiares. Una buena atención, incidiendo en la información sobre el estado de salud del enfermo, es uno de los principales marcadores de calidad del servicio asistencial.

Cabe mencionar que la familia es un grupo cuyos miembros se interrelacionan, que está sujeto a la influencia del entorno y por tanto la hospitalización de uno de ellos crea una situación de crisis. Somete a los miembros de su familia a una situación difícil que provoca ansiedad y preocupación.<sup>64</sup>

Dentro de las funciones del personal de salud está la de establecer asistencia utilizando herramientas psicológicas como la relación de ayuda, para favorecer la disminución de la ansiedad en el primer contacto de hospitalización de los pacientes así como su familiar acompañante.<sup>65</sup>

Los conceptos teóricos que fundamentan la relación de ayuda fueron desarrollados por teoristas como Peplau H, Orlando I, y Travelbee J.

Peplau en su teoría aborda un tipo de relación que se conoce como relaciones interpersonales; en la cual las dos personas llegan a conocerse lo suficientemente, como para afrontar los problemas que surjan de manera cooperativa.<sup>66</sup>

La comunicación interpersonal es conectarse con otras personas en un nivel emocional y no solo en un nivel intelectual. En el caso específico de la relación familiar, paciente refieren López y Varga que las nueve habilidades que pueden coadyuvar a enriquecer son: El comportamiento visual, postura y movimiento, gestos y expresión, El vestir y el aspecto, voz y variedad vocal, El lenguaje, la atención, el humor, naturalidad. Estas nueve habilidades son percibidas por los familiares, y es considerado de suma importancia dentro del trabajo que se realiza, ya que además de contribuir con en el tratamiento y recuperación, por ende, el ambiente hospitalario le sea lo menos hostil o desagradable posible.

Existe coincidencia en la valoración que realizan varios investigadores, que señalan como necesidades principales de los familiares aquellas relacionadas con la información y la seguridad. Aunque la información es sentida por los familiares como necesidad, puede ser más bien un procedimiento para cubrir determinadas necesidades como la seguridad psicológica.<sup>67</sup>

La información facilitada a los pacientes y sus familiares en relación a su estado de salud, desde el punto de vista médico tiene una gran importancia, en general durante la hospitalización y especialmente durante el ingreso al servicio de urgencias.<sup>68</sup>

La falta de información a la familia, o la información insuficiente, tardía y de poca calidad, provoca una disminución de la valoración global de la atención recibida, un clima de incertidumbre e intolerancia que, junto a la ansiedad, genera conflicto, un aumento de quejas y reclamaciones en los servicios de urgencias.

Debemos considerar, así mismo, que la ansiedad y el nerviosismo generan una actitud de desconfianza que se “contagia” en las salas de espera, lo que contribuye a aumentar la intolerancia de forma colectiva.<sup>69</sup>

Por tanto se debe agudizar los sentidos y desarrollar la capacidad de escuchar, observar la comunicación no verbal y el lenguaje emocional del paciente. Se requiere de competitividad profesional, múltiples habilidades y relación armónica, con el familiar y el paciente, por lo tanto, es importante que tome en cuenta que a diario trasmite un impacto mediante su comunicación.<sup>70</sup>

## 2.- DEVELANDO LA PERCEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN

- IDENTIFICANDO AL PERSONAL QUE BRINDÓ LA INFORMACIÓN

La información médica debe ser un proceso dinámico debiendo ser el responsable de la asistencia informar a paciente y/o familiares de forma inmediata tras la primera valoración clínica. La información correrá a cargo del responsable de la asistencia.<sup>71</sup>

El paciente, familiar directo o representante legal del paciente será informado por el médico tratante o por el jefe de guardia acerca de la situación de salud inmediatamente después de la atención inicial en cualquiera de las áreas del servicio de emergencia.<sup>72</sup>

Los participantes manifestaron lo siguiente:

*“Los enfermeros que estaban adentro, los de blanco” (Celeste)*

*“Me dieron la información dos jóvenes de blanco” (Turquesa)*

*“Una de guinda me informó primero y después los chicos de blanco” (Dorado)*

*“La que me informó fue la obstetra, bueno la que las evalúa” (Rojo)*

Sin embargo como podemos observar en los discursos, que los acompañantes desconocen el personal de salud que les proporcionó la información, que probablemente se trate del técnico de enfermería, estudiantes, practicantes, internos de medicina o internos de obstetricia y señalan a la persona que le brindó la información a través del color de la ropa que usaban *“me dieron información los jóvenes de blanco”*, lo que muestra la falta de

identificación del personal de salud en el momento de dar la información a los acompañantes.

Todo profesional sanitario que interviene en el proceso asistencial tiene la obligación de informar dentro de sus funciones y competencias, aun existiendo la figura del médico responsable, figura que no siempre es fácil de establecer (como cuando intervienen distintos servicios en un mismo proceso asistencial).

Si bien todo profesional tiene obligación de informar, se sitúa al profesional responsable como garante último de la prestación de la información o de, al menos, constatar que ésta ha sido proporcionada.

Desde el inicio del proceso asistencial, a través de las informaciones que el médico transmite sobre el estado del paciente, comienza un complicado proceso en el que los familiares tienen que llegar a una comprensión adecuada y completa de la situación actual y futura. Al principio las dudas serán muy importantes por el desconocimiento del tema y el estrés que origina la enfermedad de un familiar cercano.<sup>73</sup>

Es aconsejable que sea siempre un mismo médico quien proporcione información a los acompañantes a una hora determinada. Es conveniente que exista un familiar responsable, quien será el encargado de otorgar y recibir información de la condición del paciente y éste, a su vez, será el que informará al resto de la familia, evitando de esta forma los malos entendidos.<sup>74</sup>

Por otro lado los entrevistados se refirieron al tiempo que demoró el personal de salud en dar la información sobre el estado de salud de su paciente, como se aprecia en la siguiente sub categoría.

- **EXPRESANDO EL TIEMPO QUE DEMORAN PARA DAR INFORMACIÓN.**

Los familiares y acompañantes tienen una carga emocional generada por la incertidumbre y la angustia que, a veces, es incluso mayor que la del propio paciente y por tanto, también necesitan atención y tratamiento basados fundamentalmente en la información periódica y de calidad de la evolución del paciente, cuyas dosis (periodicidad) y vías de administración (verbal, no verbal y escrita) han de ser investigadas y evaluadas oportunamente.<sup>75</sup>

Al respecto los entrevistados manifestaron los siguientes discursos

“Como al cuarto de hora, pero para pedirme medicina, más no para informarme” (Amarillo)

“A las dos horas me salieron a informar que estaba en cinco” (Negro)

“Enseguida ellos salieron a informarme que era cesárea” (Morado)

*“Estuve esperando un buen rato para que me informen.”* (Celeste)

Estos discursos indican que el tiempo de espera, es decir que el de tiempo desde que la paciente ingreso al servicio de emergencia obstétrica hasta el momento que el personal de salud brindó la información fue de varias horas según manifestaron los acompañantes ocasionado ansiedad y preocupación en ellos.

Los acompañantes de pacientes de los servicios de urgencias, presentan rasgos diferenciales respecto a los acompañantes de otros departamentos hospitalarios. Las posibles demoras en la información o la tensión psicológica en los familiares de otros pacientes pueden contribuir a desencadenar conductas agresivas hacia el personal sanitario.<sup>76</sup>

No debemos de olvidar que en la sala de espera, ha quedado la familia, continuamente olvidada por nuestro sistema sanitario y, sin embargo, gran aliada de los profesionales sanitarios y del propio sistema. Son ellos, los familiares y acompañantes, los que en muchas ocasiones pueden, y de hecho lo hacen, informar a los profesionales de lo que ha ocurrido y de las circunstancias en las que se ha producido la situación de urgencia así como de cualquier otro dato relativo al paciente, imprescindible a veces para el proceso asistencial.<sup>77</sup>

Cierto es que ellos no presentan una urgencia vital en sentido estrictamente clínico, pero no es menos cierto que lo que sí resulta vital para ellos es conocer el estado de su familiar, su diagnóstico y su pronóstico, en definitiva, necesitan respuestas a las constantes preguntas “¿cómo está?”, “¿qué le pasa?”, “¿se curará?”, “¿es grave?”, “¿se quedará ingresado?”, “¿por qué no puedo pasar con él?” “¿cuándo podré verle?”<sup>78</sup>

Del mismo modo los acompañantes manifestaron su satisfacción de la información recibida como se demuestra en la siguiente sub categoría.

- **EXPRESANDO NIVEL SATISFACCIÓN AL RECIBIR LA INFORMACIÓN**

En los servicios de urgencias tienen especial relevancia los aspectos relacionados con la información y el soporte emocional que se presta a los familiares y a los acompañantes y a los propios pacientes, y esto incide de forma muy importante en su nivel de satisfacción.<sup>79</sup>

Entendemos por satisfacción “un estado o sentimiento positivo percibido por la persona’ que desemboca en un aumento de la calidad de vida.”<sup>80</sup>

Hay necesidad de incluir en la prestación de servicios de salud, el dar información; no sólo al usuario, sino de igual forma a los familiares y acompañantes; si se tiene en cuenta que ellos también necesitan saber sobre el estado de salud del afectado y todo lo relacionado con los trámites derivados de la situación.

Por tanto, esta información debe ser clara, oportuna, suficiente y eficaz, que permita la satisfacción de quien la solicita y al mismo tiempo, garantice un servicio con calidad.<sup>81</sup>

Los participantes manifestaron lo siguiente:

*“Más o menos estoy satisfecha, deben dar más información, deben salir a dar información y ser más amables, porque es lo mejor para el familiar” (Amarillo)*

*“Si quedé satisfecha aunque pasó mucho tiempo para ser informada” (Rosado)*



*“Algo, porque deben salir a informar ahí mismo, que no nos hagan esperar mucho tiempo” (Turquesa)*

*“Más o menos, que cambien que den información de las pacientes” (Guinda)*

En los discursos se demuestra que los entrevistados no quedaron satisfechos con la información recibida porque ellos indican haber esperado mucho tiempo para saber sobre el estado de salud de sus familiares, se debe recordar que cuando una persona no se siente bieninformada se magnifica su sensación de incertidumbre yaumenta su estrés psicológico. Esto implica que requieran más información tanto en cantidad como en frecuencia.

Es sabido que el tiempo disponible de los profesionales en una unidad de este tipo es limitado por las múltiples actividades que se deben desarrollar quizá no sea mucho el tiempo requerido pero si la calidad humana y la disposición para mejorar éste aspecto que va a repercutir para mejoramiento del servicio, satisfacción del usuario y de la familia.

La familia por tanto tiene necesidades; tanto respecto a la información dada; amplia y oportuna sobre el estado del paciente; no sólo en lo referente al diagnóstico y procedimientos. Explicarles en términos sencillos y entendibles el pronóstico, los resultados de algún examen. Pero la familia también necesita apoyo de los miembros del equipo de salud, que puedan escucharlos, comunicarse con frecuencia y orientarlos en diversos aspectos.<sup>82</sup>

Kirchhoff, Song y Kehl afirmaron que la satisfacción de los familiares se halla relacionada con la comunicación con los médicos y con la toma de decisiones, por lo que una información adecuada y honesta resultaría vital para la salud psicosocial y la satisfacción de la

familia del paciente, siendo beneficioso para ellos que la información les sea transmitida utilizando distintos canales de comunicación.

Hughes indica que también sería conveniente prestar atención a las diferencias individuales de los familiares respecto a la cantidad de información que precisan, ya que como observaron en los familiares que entrevistaron en su estudio, mientras algunos de ellos querían recopilar tanta información como fuera posible y realizaban numerosas preguntas, a otros únicamente les interesaba conocer si el paciente estaba mejor o peor.<sup>83</sup>

### **3.- DEVELANDO LA PERCEPCIÓN DEL TRATO**

- **EXPRESANDO EL TRATO RECIBIDO**

El hospital resulta ser un lugar hostil tanto para el enfermo como para el familiar acompañante, en donde se encuentran solos, asustados, con miedo, donde deben adaptarse a un medio extraño y a un lenguaje especializado, e incluso se encuentran en ciudades y hospitales desconocidos, dependiendo de personas que no conocen y enfrentándose a problemas que no comprenden, necesitando de manera imperante comunicarse con los demás, planteado como un desafío que provoca estrés de carga que afecta su salud física y mental, percibiendo el cuidado proporcionado por el personal de salud de diferentes formas desde una forma satisfactoria hasta agresiva.<sup>84</sup>

El trato es un aspecto esencial, que se debe cuidar en la relación persona - persona, pues el profesional está comprometido a llevarlo a cabo para las acciones de mejora continua que aseguran calidad de atención a pacientes y familiares para establecer trato humano, personalizado y profesional.

Con lo cual, se asegura el respeto que se provee, al establecer acciones que el profesional de la disciplina realiza, y que constituye un compromiso en el cuidado que aporta, pues este juega un papel esencial en la certificación de una institución de salud de cualquier nivel de atención.<sup>85</sup>

Los participantes manifestaron lo siguiente:

*“Deberían ser más amables, porque ellos no saben lo que sentimos estar aquí sin saber nada” (Anaranjado)*

*“Me parecieron que fueron amables no se molestaban cuando preguntaba” (Morado)*

*“Que mejoren, que salgan a decir si es de gravedad o no y que sean más amables” (Marrón)*

*“Más o menos, que cambien que den información de las pacientes” (Guinda)*

Estos discursos demuestran que los acompañantes no están conformes con el trato recibido por parte del personal de salud porque indican la falta de información como un factor importante para considerar el trato como bueno, *“Me han tratado regular, sino voy a preguntar no me dicen nada”*, el trato es la percepción que tiene el paciente o familiar, del trato y la atención proporcionada por el profesional durante su estancia hospitalaria, es además un aspecto muy valorado tanto como la información recibida.

Travelbee J, en su modelo de persona a persona, establece el propósito de ayudar al individuo, familia y comunidad a prevenir o enfrentar la experiencia que supone la enfermedad y si es necesario encontrarle un sentido a dichas experiencias. Cuando se adopta una actitud cálida, de respeto, comprensión y empatía brinda una atención integral y logra disminuir la ansiedad situacional de los familiares y de los pacientes.<sup>86</sup>

Para ello la comunicación es fundamental para lograr el éxito de la relación interpersonal, así como la confianza que se expresa a través de una sonrisa y un lenguaje sencillo el cual ayuda a clarificar

el mensaje y profundizar en la esfera psicológica de la carga de afectividad y significados que tiene la palabra, así la interacción se refiere a cualquier contacto entre dos individuos durante el cual se ejerce una influencia recíproca y entre sí una comunicación verbal o no verbal.

El trato es un elemento o parte de la dimensión interpersonal, cuyas características son: respeto, información, interés, amabilidad y atención médica efectiva que incluye la evaluación de aspectos de la dimensión técnica que intervienen en la atención de los usuarios de los servicios de salud.<sup>87</sup>

El paciente tiene derecho a que el médico y el personal que le brindan atención médica, se identifiquen y otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas a las socioculturales de género, pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.<sup>88</sup>

## **CAPITULO V**

## **CONCLUSIONES**

- 1º.-** Con respecto a la información recibida, los acompañantes manifestaron que muchas veces la información que se les brinda no es completa o no es la adecuada, incluso una parte de los participantes opinaron no ser informados.
- 2º.-** Los participantes no identifican al personal de salud que les brinda la información, por otro lado opinan que el tiempo que demoran para saber el estado de salud de su familiar es largo produciendo en ocasiones conflictos entre los familiares y el personal de salud, originando insatisfacción.
- 3.-** El trato es evaluado como inadecuado por los acompañantes pues relacionan al trato con la falta de información por parte del personal de salud.

## **CAPITULO VI**

## RECOMENDACIONES

En base a las conclusiones se proponen las siguientes recomendaciones:

- 1º.- La institución debe normar o establecer estrategias para que los usuarios estén informados, tales como establecer un horario de información al público con el nombre del profesional responsable cada día incluyendo en la información diagnóstico, tratamiento, procedimientos, destino, etc.
- 2º.- Los responsables de la atención deben de identificarse en el momento de brindar la información, nombre y apellido en forma legible en el uniforme porque es un derecho del acompañante saber quién evalúa a su familiar.
- 3º.- Los profesionales de salud deben procurar mantener una relación cordial y empática tanto con el paciente y el acompañante porque esto favorece en la atención y percepción del acompañante sobre la calidad del servicio recibido, beneficiando no sólo al profesional sino también a la institución
- 4º.- Explicar a los acompañantes con información efectiva respecto al tiempo estimado de espera para recibir atención médica.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Gallardo N, Najarro F. Calidad en la atención e información: Opinión de los familiares. Enferurg[revista en línea] 2009 setiembre. [acceso 24 de junio del 2013]; 1(3). Disponible en: <http://www.paginasenferurg.com/revistas/2009/septiembre/atencioneinformacion.pdf>
2. García F. Comunicación e información a los familiares en las unidades de cuidados intensivos. 2ª ed. Madrid: Enfermería Clínica; 1995.
3. Díaz J, Castañón R, Carrión F, Rodríguez J, Cuidados a familiares de pacientes críticos. 3ª ed. Madrid: Enfermería científica; 1997.
4. Ministerio de Salud de Chile. Sistema de información al usuario y su familia y/o acompañantes en servicio de urgencia. [en línea]. [acceso 24 de junio del 2013]. Disponible en: [http://salunet.minsal.gov.cl/pls/portal/docs/PAGE/TRANSPARENCIA/G\\_SS/SSMETROSUR\\_NORMAS/PROTOCOLO%20DE%20INFORMACION%20URGENCIA.PDF](http://salunet.minsal.gov.cl/pls/portal/docs/PAGE/TRANSPARENCIA/G_SS/SSMETROSUR_NORMAS/PROTOCOLO%20DE%20INFORMACION%20URGENCIA.PDF)
5. Hidalgo I, Vélez Y. ¿Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos? Enfermería Intensiva [revista en línea] 2007 julio. [acceso 24 de junio del 2013];18(3). Disponible en:<http://zl.elsevier.es/es/revista/enfermeria-intensiva-142/que-es-importante-los-familiares-los-pacientes-13109369-originales-2007>



6. Granados M, Patiño J, Pirateque M. Calidad de la información en la presentación de los servicios de salud que da el personal de enfermería y de apoyo a los usuarios familiares y acompañantes en el Servicio de Urgencias de la empresa social del estado Hospital San Rafael de Tunja. [Tesis]. Tunja, Colombia. Biblioteca Las Casas. 2006. pp. 14-20 [en línea][acceso 05 de enero de 2013]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0144.pdf>
7. Vicuña M. Nivel de satisfacción y disfunciones percibidas sobre la calidad de atención de los servicios obstétricos. [Tesis]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2002. pp 40 – 41. [en línea][acceso 06 de enero del 2013]. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v63\\_n1/pdf/nivel\\_satisfaccion.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v63_n1/pdf/nivel_satisfaccion.pdf)
8. La percepción. [en línea]. [acceso 29 de julio del 2013]. Disponible en: <http://www.um.es/docencia/pguardio/documentos/percepcion.pdf>
9. Percepción de la información. [en línea]. [acceso 29 de julio del 2013]. Disponible en:
10. Concepto de información. [en línea]. [acceso 05 de abril del 2013]. Disponible en: <http://definicion.de/informacion/>
11. Protocolo de información a pacientes y /o familiares hospital La Unión. [en línea]. [acceso 05 de abril del 2013]. <http://www.ssvdivia.cl/transparencia/Protocolos%20Informacion/Protocolo%20Informacion/PROTOCOLO%20DE%20INFORMACION%20A%20PACIENTES%20Y%20FLIA%20La%20Union.pdf>

12. Rodríguez M. Relación médico – paciente. La Habana: Ciencias médicas; 2008 [acceso 06 de enero del 2013]. Disponible en: [http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo\\_files/Relacion\\_medico-paciente.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/Relacion_medico-paciente.pdf)
13. Relación médico – paciente. [Internet]. Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud. [acceso 08 de marzo del 2013]. Disponible en: [http://www.sunasa.gob.pe/educacion/foros/files\\_caj/D2\\_09%20La%20relacion%20medico%20paciente%20-%20Pacifico.pdf](http://www.sunasa.gob.pe/educacion/foros/files_caj/D2_09%20La%20relacion%20medico%20paciente%20-%20Pacifico.pdf)
14. García A. La información al paciente como pieza clave de la calidad asistencial. Rev. Clin Med Fam [revista en línea] 2009 febrero [acceso 30 de julio del 2013]; 2(6). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2009000100005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000100005&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2009000100005>.
15. Gonzáles L. La relación médico – paciente. Sociedad de Pediatría del Sureste. [revista en línea] 2009 octubre-noviembre. [acceso 08 de marzo del 2013]. Disponible en: <http://www.murciapediatrica.com/relacion%20medico%20paciente.htm>
16. Vall A. El derecho a la información del paciente: Una aproximación legal y deontológica. Textos Universitarios de Biblioteconomía y Documentación [revista en línea]. 2008 Diciembre [acceso 30 de julio del 2013]; 21(1). Disponible en: <http://bid.ub.edu/21/vall2.htm>

17. Congreso de la República. Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. [en línea]. [acceso 08 de marzo del 2013]. Disponible en: <http://www.congreso.gob.pe/ntley/imagenes/leyes/29414.pdf>
18. Aso Escario J, Martínez Quiñones J, Arregui Calvo R. Aspectos médico-legales en Pediatría: Consentimiento informado, capacidad y cuestiones afines. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2006.
19. Chepe E. Acto médico y consentimiento informado. Universidad Nacional de Colombia [revista en línea]. 2010 [acceso 30 de julio del 2013]; 21(1). Disponible en: [http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/economicas/91337/ayudas/manuales/acto\\_medico.pdf](http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/economicas/91337/ayudas/manuales/acto_medico.pdf)
20. Sistema de información clínica y general correspondiente a usuario hospitalizado del Complejo hospitalario San José de Maipo. [en línea]. [acceso 30 de julio del 2013]. Disponible en: [http://chsjm.redsalud.gob.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2012/12/DP-1.1-Protocolo-Sistema-de-Informaci%C3%B3n-a-Tutor-y-Paciente-Hospitalizado.pdf](http://chsjm.redsalud.gob.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2012/12/DP-1.1-Protocolo-Sistema-de-Informaci%C3%B3n-a-Tutor-y-Paciente-Hospitalizado.pdf)
21. Pérez M, Najarro F. Paciente-familia. Una competencia de enfermería. Rev. Paginasenferurg [revista en línea]. 2009 Setiembre [acceso 05 de abril de 2013]; 1(3). Disponible en: <http://www.paginasenferurg.com/revistas/2009/septiembre/comunicacion>.

22. Asenjo V. La información en la relación médico-paciente-familiares. Medical Economic [revista en línea]. 2010 octubre [acceso 30 de julio del 2013]. Disponible en: [http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=la%20relaci%C3%B3n%20m%C3%A9dico-paciente-familiar%20deber%C3%ADa%20ser%20una%20relaci%C3%B3n%20de%20cordialidad%2C%20&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCkQFjAA&url=http%3A%2F%2F14aafm5ckv3lj.cloudfront.net%2F137%2Fatencionalpaciente.pdf&ei=ljj8UdW\\_GYPO9ASb\\_oBw&usg=AFQjCNFt7k-abA8Z9Ekfihs\\_Qr4LdEMQoQ](http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=la%20relaci%C3%B3n%20m%C3%A9dico-paciente-familiar%20deber%C3%ADa%20ser%20una%20relaci%C3%B3n%20de%20cordialidad%2C%20&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCkQFjAA&url=http%3A%2F%2F14aafm5ckv3lj.cloudfront.net%2F137%2Fatencionalpaciente.pdf&ei=ljj8UdW_GYPO9ASb_oBw&usg=AFQjCNFt7k-abA8Z9Ekfihs_Qr4LdEMQoQ)
23. Dios J, Jiménez M. La comunicación en salud desde la perspectivas, ética, asistencia, docente y gerencial. Medisan [revista en línea]. 2009 [acceso 30 de julio del 2013]; 13(1). Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol13\\_1\\_09/san10109.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san10109.htm)
24. Hernández D, Flores S. Relación de ayuda: intervención de enfermería para padres de recién nacidos hospitalizados en la UCIN. Enferm IMSS [revista en línea]. 2002 [acceso 08 de marzo del 2013]; 10(3). Disponible en: [http://www.imss.gob.mx/publicaciones/salud/enfermeria/documents/2002/3\\_125-129.pdf](http://www.imss.gob.mx/publicaciones/salud/enfermeria/documents/2002/3_125-129.pdf)
25. Ramírez S. Calidad de la atención en salud. [en línea]. [acceso 31 de julio del 2013]. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/nca31477.pdf>

26. Procedimiento de familiar acompañante de día, de noche y cuidador de paciente hospitalizado. [en línea]. [acceso 08 de marzo del 2013]. Disponible en <http://www.hospitalfach.cl/docs/Pcdto%20Visitas%20y%20acompanamiento%20pcte%20%20hospitalizado.pdf>
27. Rodríguez A, Ramírez J, Santacruz M. Percepción médica sobre la influencia del acompañante en la consulta del primer nivel de atención. Elsevier [revista en línea] 2011 [acceso 31 de julio del 2013]; 13(51). Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90024052&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=304&ty=76&accion=L&origen=zonadelectura&web=http://zl.elsevier.es&lan=es&fichero=304v13n51a90024052pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90024052&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=304&ty=76&accion=L&origen=zonadelectura&web=http://zl.elsevier.es&lan=es&fichero=304v13n51a90024052pdf001.pdf)
28. Modelos de relación médico-paciente. [en línea]. [acceso 05 de enero del 2013]. Disponible en: [http://www.intramed.net/sitios/librovirtual6/pdf/06\\_01.pdf](http://www.intramed.net/sitios/librovirtual6/pdf/06_01.pdf)
29. Rapaso M, Macías M. Grado de dependencia de la población mayor de 65 años en la zona básica de salud de Ayamonte. Enfermería comunitaria. Scielo España [revista en línea] 2008 [acceso 31 de julio del 2013]; 4(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v4n1/ec6634.php>
30. La percepción. [en línea]. [acceso 31 de julio del 2013]. Disponible en: <http://www.taringa.net/posts/imagenes/8433663/La-percepcion.html>

31. Percepción del cliente. [en línea][acceso 31 de julio del 2013]. Disponible en: <http://www.gestiopolis.com/recursos/experto/catsexp/pagans/mar/50/percecliente.htm>
32. Ramos V, Rico R. Percepción del familiar acompañante con respecto al cuidado de enfermería en hospitalización. Enfermería global [revista en línea] 2012 [acceso 08 de marzo del 2013]; 12(1). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.11.1.140461>
33. La Comunicación entre el profesional de la salud y el paciente. [en línea][acceso 08 de marzo del 2013]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/alegisanta/comunicacin-profesional-paciente>
34. Elementos para una caracterización de los diálogos. [en línea] [acceso 31 de julio del 2013]. Disponible en: <http://www.lania.mx/~pablo/articles/afd02.pdf>
35. Choque R. Comunicación y educación para la promoción de la salud. Razón y Palabra [revista en línea] 2005 diciembre. [acceso 08 de marzo del 2013]. Disponible en: <http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>
36. Hernández I, Fernández M, Irigoyen A. Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. Medigraphic [revista en línea] 2006 enero-abril. [acceso 08 de marzo del 2013]; 8(2). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2006/amf062k.pdf>

37. Comunicación intrapersonal. [en línea] [acceso 01 de agosto del 2013]. Disponible en:[http://www.mapfre.com/documentacion/publico/i18n/catalogo\\_imagenes/grupo.cmd?path=1031200](http://www.mapfre.com/documentacion/publico/i18n/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1031200)
38. El paradigma médico social y la competencia comunicativa del profesional de ciencias médicas. [en línea] [acceso 01 de agosto del 2013]. Disponible en:  
<http://www.monografias.com/trabajos78/paradigma-medico-social-competencia-comunicativa/paradigma-medico-social-competencia-comunicativa2.shtml#ixzz2arN7FsuT>
39. La comunicación en salud. [en línea] [acceso 01 de agosto del 2013]. Disponible en:<http://www.monografias.com/trabajos16/comunicacion-en-salud/comunicacion-en-salud.shtml>
40. Pons X. La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación. Enfermería Integral [revista en línea] 2006 [acceso 01 de agosto del 2013]. Disponible en:<http://ponss.files.wordpress.com/2012/09/enfintg.pdf>
41. Selman-Housein AE. Excelencia en la atención médica. La Habana: Científico-Técnica; 2002.
42. González F. Comunicación, personalidad y desarrollo. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1995.

43. Mira J, Lorenzo S. Concepto y modelos de calidad. hacia una definición de calidad asistencial. Papeles del Psicólogo [revista en línea] 1999 noviembre. [acceso 1 de agosto del 2013]. Disponible en:<http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=807>
44. Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. Elsevier [revista en línea] 2012 enero. [acceso 1 de agosto del 2013]; 17(1). Disponible en:[http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13027647&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=256&ty=12&accion=L&origen=zonadelectura&web=http://zl.elsevier.es&lan=es&fichero=256v17n01a13027647pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13027647&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=256&ty=12&accion=L&origen=zonadelectura&web=http://zl.elsevier.es&lan=es&fichero=256v17n01a13027647pdf001.pdf)
45. Marracino C. Tendencias en la atención médica y cambios en la concepción de la calidad. [en línea] [acceso 01 de agosto del 2013]. Disponible en:<http://www.calidadensalud.org.ar/Documentos/TendenciasAtMedCambiosConcepcionCalidad.pdf>
46. Fernández N. Nuevas Formas de Organización y Financiación de la Salud. Programa de Educación a Distancia [revista en línea] 1996 [acceso 08 de marzo del 2013] 2(2). Disponible: en: <http://www.calidadensalud.org.ar/Documentos/ejcurso.pdf>
47. Williams G. Calidad de los servicios de salud. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste [revista en línea] 2008 [acceso 08 de marzo del 2013] 2(1). Disponible en: [http://med.unne.edu.ar/catedras/aps/clases/28\\_calidad.pdf](http://med.unne.edu.ar/catedras/aps/clases/28_calidad.pdf)



48. Gutierrez A. Calidad en el servicio. Rev. Enferm. [revista en línea] 2004. [acceso 1 de agosto del 2013]; 12(1). Disponible en: [http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?option=com\\_multicategories&view=article&id=266:la-calidad-en-el-servicio&catid=188:editorial&Itemid=92](http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=266:la-calidad-en-el-servicio&catid=188:editorial&Itemid=92)
49. Creel L, Sass J. Panorama de la atención de calidad en salud reproductiva: definiciones y mediciones de la calidad. Population Reference Bureau [revista en línea] 2012 [acceso 08 de marzo del 2013]. Disponible en: [http://www.prb.org/pdf/QOC1Overview\\_Sp.pdf](http://www.prb.org/pdf/QOC1Overview_Sp.pdf)
50. Ortego M, López S, Álvarez M. La Comunicación. Ciencias Psicosociales [revista en línea] 2010 [acceso 08 de marzo del 2013]. Disponible en: [http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema\\_06.pdf](http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema_06.pdf)
51. Mejía J. Sobre la investigación cualitativa. Nuevos conceptos y campos de desarrollo. Sistema de Bibliotecas de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos [revista en línea] 2004 [acceso 05 de enero del 2013];8(3). Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/inv\\_sociales/n13\\_2004/a15.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/inv_sociales/n13_2004/a15.pdf)
52. Rodríguez A. Fenomenología. [en línea] [acceso 06 de enero del 2013]. Disponible en: <http://cohorte2011.blogspot.com/2012/01/fenomenologia.html>

53. Informe Belmont. Principios Éticos y Directrices para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación. [en línea] [acceso 25 de junio del 2013]. Disponible en: [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/etica/informe\\_Belmont-11-2008.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/etica/informe_Belmont-11-2008.pdf).
54. Almiñana M, Balagué L, Castro C. Los 4 principios básicos de Bioética. Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria [revista en línea] 2002 octubre [acceso 25 de junio del 2013]. Disponible en: [http://www.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/GrupsTreball/Docs/etica/cast\\_industria.pdf](http://www.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/GrupsTreball/Docs/etica/cast_industria.pdf)
55. Dorando J. Dignidad humana en Kant y Habermas. Scientific Electronic Library Online [revista en línea] 2010 julio [acceso 25 de junio del 2013]; 2(1). Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/efphi/v12n1/v12n1a03.pdf>
56. Rigor de la ética y de la investigación. [en línea] [acceso 25 de junio de 2013]. Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Rigor-y-La-Etica-De-Investigacion/471933.html>
57. Frías L, Saldivia J. Derecho a la intimidad. [en línea]. [acceso 25 de junio de 2013]. Disponible en: [http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Puerto%20Montt%202004/Derecho\\_a\\_la\\_intimidad.pdf](http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Puerto%20Montt%202004/Derecho_a_la_intimidad.pdf)
58. Erazo M. Rigor científico en las prácticas de investigación cualitativa. Scientific Electronic Library Online [revista en línea] 2011 mayo [acceso 25 de junio del 2013]; 2(1). Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/cdyt/n42/n42a04.pdf>

59. Criterios de rigor en investigación cualitativa. [en línea]. [acceso 25 de junio de 2013]. Disponible en: [http://www.infor.uva.es/~amartine/MASUP/B32\\_Rigor\\_Cualitativa\\_Transparencias.pdf](http://www.infor.uva.es/~amartine/MASUP/B32_Rigor_Cualitativa_Transparencias.pdf)
60. Protocolo de información a pacientes y /o familiares Hospital La Unión. [en línea]. [acceso 05 de abril del 2013]. <http://www.ssvdivia.cl/transparencia/Protocolos%20Informacion/Protocolo%20Informacion/PROTOCOLO%20DE%20INFORMACION%20A%20PACIENTES%20Y%20FLIA%20La%20Union.pdf>
61. Derecho a la salud. [en línea]. [acceso 02 de agosto del 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
62. Servicio de urgencias hospital de los Lirios. Protocolo de información a pacientes y familiares. [en línea] [acceso 27 de junio del 2013]. Disponible en: <http://www.a14.san.gva.es/cas/hospital/urgencias/Protocolo%20de%20Informaci%C3%B3n%20a%20Familiares.pdf>
63. Rodríguez M, Ansorena S. ¿Es correcta la información que reciben los padres de los niños que acuden a urgencias? Enfermería Familiar y Comunitaria [revista en línea] 2011 diciembre [acceso 27 de junio del 2013]. Disponible en: [http://www.codem.es/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/0fe6ba59-6c31-4ef3-98ae-e91063d1cf06/e69589e3-aa74-4448-8b42-485e8f021811/ES\\_CORRECTA\\_INFORMACION\\_RECIBEN\\_%20PADRES\\_URGENCIAS.pdf](http://www.codem.es/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/0fe6ba59-6c31-4ef3-98ae-e91063d1cf06/e69589e3-aa74-4448-8b42-485e8f021811/ES_CORRECTA_INFORMACION_RECIBEN_%20PADRES_URGENCIAS.pdf)

64. Landeros E, Salazar. Reflexiones sobre el cuidado. Rev. Enferm IMSS [revista en línea] 2006 [acceso 27 de junio del 2013]; 14(3). Disponible en:[http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?option=com\\_multi\\_categories&view=article&id=214:reflexiones-sobre-el-cuidado&Itemid=88](http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?option=com_multi_categories&view=article&id=214:reflexiones-sobre-el-cuidado&Itemid=88)
65. Marriner A. Modelo y teorías de enfermería. 3ª Edición. España: Harcourt Brace; 1994.
66. Francos R. Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la Unidad de Cuidados Intensivos.[Tesis]. Lima, Perú: Hospital Nacional Edgardo Rebagliati[en línea]. Perú. 2004.[acceso 28 de junio del 2013]. Disponible en: [http://200.62.146.31/sisbib/2004/franco\\_cr/pdf/franco\\_cr.pdf](http://200.62.146.31/sisbib/2004/franco_cr/pdf/franco_cr.pdf)
67. Velasco J. Detección de necesidades de los familiares de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos. Forandaluz[revista en línea] 2001 diciembre [acceso 28 de junio de 2013]. Disponible en:<http://www.eulate.net/forandaluz/documentos/Documento6.pdf>
68. Pérez F. Comunicación: Una necesidad para el paciente-familia. Una competencia de enfermería. Páginas enferurg[revista en línea] 2010 octubre [acceso 29 de junio del 2013]; 1(3). Disponible en:<http://www.paginasenferurg.com/revistas/2009/septiembre/comunicacion.pdf>

69. Ochoa R, Lee M. Recomendaciones para mejorar la atención de enfermería. Rev. Enferm IIMSS [revista en línea] 2004 [acceso 02 de agosto del 2013]; 12(1). Disponible en: [http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?option=com\\_multicategories&view=article&id=302:recomendaciones-para-mejorar-la-atencion-en-enfermeria](http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=302:recomendaciones-para-mejorar-la-atencion-en-enfermeria)
70. Carrasco F, Ceballo R. Evaluación de satisfacción de familiares de pacientes ingresados en observación y tratamientos cortos en un sccu de un Hospital Comarcal. Enfermería de Urgencias [revista en línea] 2011 mayo-junio [acceso 29 de junio del 2013]. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/mayo2011/pagina6.html>
71. Protocolo de información a pacientes y /o familiares Hospital La Unión. [en línea]. [acceso 29 de junio del 2013]. Disponible en: <http://www.ssvaldivia.cl/transparencia/Protocolos%20Informacion/Protocolo%20Informacion/PROTOCOLO%20DE%20INFORMACION%20A%20PACIENTES%20Y%20FLIA%20La%20Union.pdf>
72. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [en línea] [acceso 03 de agosto del 2013]. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
73. Ministerio de Salud. Norma Técnica de los Servicios de Emergencias del Sector Salud. [en línea]. [acceso 29 de junio del 2013]. Disponible en: <http://bvpad.indeci.gob.pe/doc/pdf/esp/doc755/doc755-contenido.pdf>

74. García A. La información al paciente como pieza clave de la calidad asistencial. Medicina de Familia[revista en línea] 2008 noviembre [acceso 29 de junio del 2013]; 2(3). Disponible en:<http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v2n6/especial1.pdf>
75. Bienestar subjetivo. [en línea]. [acceso 3 de agosto del 2013]. Disponible en:[http://books.google.com.pe/books?id=ZnHbCKUCtSUC&pg=PA566&lpg=PA566&dq=satisfacci%C3%B3n+%E2%80%98E2%80%98un+estado+o+sentimiento+positivo+percibido+por+la+persona%E2%80%99&source=bl&ots=yyTvcaAX5R&sig=0XwpttYivOoJZIHph1LgWUOZqAU&hl=es&sa=X&ei=Es3-Ue\\_DO5D68QSu4oDwAw&ved=0CCsQ6AEwAA#v=onepage&q=satisfacci%C3%B3n%20%E2%80%98E2%80%98un%20estado%20o%20sentimiento%20positivo%20percibido%20por%20la%20persona%E2%80%99&f=false](http://books.google.com.pe/books?id=ZnHbCKUCtSUC&pg=PA566&lpg=PA566&dq=satisfacci%C3%B3n+%E2%80%98E2%80%98un+estado+o+sentimiento+positivo+percibido+por+la+persona%E2%80%99&source=bl&ots=yyTvcaAX5R&sig=0XwpttYivOoJZIHph1LgWUOZqAU&hl=es&sa=X&ei=Es3-Ue_DO5D68QSu4oDwAw&ved=0CCsQ6AEwAA#v=onepage&q=satisfacci%C3%B3n%20%E2%80%98E2%80%98un%20estado%20o%20sentimiento%20positivo%20percibido%20por%20la%20persona%E2%80%99&f=false)
76. Instituciones prestadoras de servicios de salud. [en línea]. [acceso 03 de agosto del 2013]. Disponible en: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=FHBh9/06GVI=&tabid=103>
77. Velasco J, Castillo J, Merino N. Detección de necesidades de los familiares de pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos. 4ª ed. Tempus Vitalis; 2002.

78. Gómez P, Monsalve V, Soriano J. Satisfacción con la información: Posible variable interviniente en el estado de ánimo de cuidadores primarios de pacientes críticos. *Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal* [revista en línea] 2009 [acceso 03 de agosto del 2013]; 2(1). Disponible en:<http://www.redalyc.org/pdf/1806/180613880008.pdf>
79. Schulz R, O'Brien A, Bookwala J, Efectos de morbilidad psiquiátrica y física de la demencia cuidado: prevalencia, correlación, y las causas. *Pud. Med.* [revista en línea] 1995 [acceso 03 de agosto del 2013]; 2(1). Disponible en:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8557205>
80. Campos A. Importancia de las relaciones interpersonales en los cuidados de enfermería. *Episteme* [revista en línea] octubre 2006 [acceso 03 de agosto del 2013]; 8(9). Disponible en:[http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero8y9-06/enfoque/a\\_relaciones.asp](http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero8y9-06/enfoque/a_relaciones.asp)
81. Hernández E. Relación de ayuda: intervención de enfermería para padres de recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales. *Rev. Enferm* [revista en línea] 2002 [acceso 03 de agosto del 2013]; 10(3). Disponible en:[http://www.imss.gob.mx/publicaciones/salud/enfermeria/documentos/2002/3\\_125-129.pdf](http://www.imss.gob.mx/publicaciones/salud/enfermeria/documentos/2002/3_125-129.pdf)
82. Gonzáles M, Villajañez B. Estudio de los acompañantes conflictivos en un servicio de urgencias. *Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias* [revista en línea] 2001 agosto [acceso 30 de junio del 2013]. Disponible en:[http://www.semes.org/revista/vol13\\_5/304-308.pdf](http://www.semes.org/revista/vol13_5/304-308.pdf)

83. Calafe J, Cascón M, Pintado L. Grado de satisfacción de los usuarios de un servicio de urgencias. 2ª ed. España. 2002
84. Ibáñez R. Estudio de la satisfacción de los pacientes atendidos en un servicio de urgencias. 2ª ed. España: Rev. Calidad Asistencial; 1995.
85. Rubio I, Aguado P. Información y atención a familiares. 3ª ed. España: Innovaciones en enfermería de urgencias y emergencias; 2003.
86. Acción y reflexión enfermera. [en línea]. [acceso 30 de junio del 2013]. Disponible en: <http://enfermery.blogspot.com/2013/03/uci-familia-satisfaccion-y-tranquilidad.html>
87. Nava G. Zamora P. Percepción del trato digno de los familiares de los enfermos neurológicos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Medigraphic [revista en línea] 2010 [acceso 30 de junio del 2013]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene101i.pdf>
88. Carta de derechos de pacientes. [en línea] [acceso 30 de junio del 2013]. Disponible en: <http://salud.edomex.gob.mx/ccamem/cartapacientes.htm>



ANEXOS

## FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO

### **“Percepción de la información que recibe el acompañante, en el Servicio de Emergencia Obstétrica del Hospital José Alfredo Mendoza Olavarría, Tumbes –2013”**

Yo: .....,  
peruana, identificada con DNI: ....., deseo participar en el estudio “Percepción de la información que recibe el acompañante, en el Servicio de Emergencia Obstétrica del Hospital José Alfredo Mendoza Olavarría, Tumbes – 2013”, que será realizado por los estudiantes MAYRA PAOLA, ABANTO CASTILLO y SINDY YESENIA, MEDINA ECHE asesorados por la Mg Soledad Isla Grados, tiene como objetivo develar la percepción de la información que reciben los acompañantes, en el Servicio de Emergencia Obstétrica del Hospital José Alfredo Mendoza Olavarría, Tumbes 2013.

Acepto participar de las entrevistas que serán grabadas asumiendo que las informaciones dadas serán solo de conocimiento a las investigadoras y su asesora quienes garantizan el secreto y respeto a mi privacidad.

Estoy consciente que el informe final de la investigación será publicado, no siendo mencionados los nombres de las participantes, teniendo libertad de retirar mi consentimiento a cualquier momento y dejar participar del estudio sin que esto genere algún perjuicio y/o gastos. Sé que de tener dudas de mi participación podré aclararlos con los investigadores. Por último declaro que después de las aclaraciones convenientes realizadas acepto participar de la presente investigación.

Tumbes,..... de..... del 2013

## **ANEXO: 02**

### **GUIA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA DEVELAR LA PERCEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN QUE RECIBEN LOS ACOMPAÑANTES, EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA DEL HOSPITAL JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA, TUMBES 2013**

#### **I. IDENTIFICACION**

- Seudónimo:
- Edad:
- Parentesco:
- Grado de instrucción:

#### **II. PREGUNTAS GENERADORAS E DEBATE:**

1. ¿Qué profesional de salud se acercó a usted para informarle sobre el estado de salud de su paciente?
  
2. ¿Cómo fue la información que recibió del estado de salud de su paciente?
  
3. ¿Le permitieron preguntar nuevamente del estado de salud de su paciente?



