



UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E. A. P. DE ENFERMERÍA



INFORME DE TESIS

“CALIDAD DE CUIDADOS HUMANIZADOS QUE BRINDA EL
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE
HOSPITALIZACIÓN DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE HUÁNUCO-
2016”

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

TESISTA : Casimiro Torres, Zaira Esther
ASESORA : Lic. Enf. Diana Karina Palma Lozano

HUÁNUCO - PERÚ
2016

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



“CALIDAD DE CUIDADOS HUMANIZADOS QUE BRINDA EL
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE
HOSPITALIZACIÓN DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE
HUÁNUCO-2016”



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
<http://www.udh.edu.pe>

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA**



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las 15:00 horas del día 21 del mes de abril del año dos mil diecisiete, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- Dra. Gladys Liliana Rodríguez De Lombardi **Presidenta**
- Lic. Enf. Carolina Marcela Cavalie Pedraza **Secretaria**
- Lic. Enf. Wilmer Teofanes Espinoza Torres **Vocal**

Nombrados mediante Resolución N°344-2017-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulado: **“CALIDAD DE CUIDADOS HUMANIZADOS QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE HUÁNUCO - 2016”**, presentada por la Bachiller en Enfermería Srta. Zaira Esther CASIMIRO TORRES, para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a)..... APROBADOpor..... UNANIMIDADcon el calificativo cuantitativo de..... 17 y cualitativo de..... MUY BUENO

Siendo las..... 16:30 horas del día 21 del mes de ABRIL del año 2017, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


PRESIDENTA


SECRETARIA


VOCAL

LISTA DE ACRÓNIMOS

CES	: Caring Efficacy Scale
DRAE	: Diccionario de la real academia española
FC	: Factores de cuidados
PCC	: Proceso Caritas de Cuidados
OMS	: Organización Mundial de la Salud
UCI	: Unidad de Cuidados Intensivos
MINSA	: Ministerio de Salud

DEDICATORIA

A mi Padre Celestial, única esencia coherente, lejos de toda teoría humana y caprichosa.

A mi hijita Mishell, motivación existente, sinónimo de amor y esfuerzo.

A mi madre y padre, por su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS

Al término de una de las etapas de mi vida, quiero expresar un profundo agradecimiento a quienes con su ayuda y comprensión me alentaron a lograr esta hermosa realidad.

A mis compañeros y docentes que me han apoyado en mi formación académica para desarrollar mi labor de enfermera.

Al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, por acceder el campo para la ejecución del proyecto.

A los profesionales de enfermería, que colaboraron desinteresadamente en la aplicación de los instrumentos, motivo del presente estudio.

Agradezco a todos los profesionales de enfermería del hospital, quienes participaron como unidades de estudio, merecen todo mi respeto y admiración por la ardua labor que ejercen y espero poder retribuirles en algo con este trabajo.

A mis amigos Julio y Judith por compartir conmigo muchas gratas experiencias y años de amistad, acompañándome siempre a cada momento.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de calidad de cuidados humanizados que brinda el profesional de enfermería en los servicios de hospitalización de un hospital público de Huánuco, 2016. **Metodología:** El estudio fue de tipo observacional, prospectivo, transversal y analítico, con diseño trasversal comparativo. La muestra estuvo conformada por 72 profesionales de Enfermería de los diferentes servicios de hospitalización, a quienes se les aplicó el “Caring Efficacy Scale” (CES). El análisis inferencial fue a través Ji cuadrado y ANOVA con un $p \leq 0.05$, apoyándose del paquete estadístico IBM SPSS Statistics 21. **Resultados:** Se encontró que del total de la muestra [n=72]; el 48,6% (35 enfermeros) presentaron un nivel bueno, el 31.6% un nivel deficiente y 15.3% un nivel regular Respecto a la hipótesis de diferencia en el nivel de cuidados humanizados se encontró significancia estadística ($p=0,002$). En la inferencia de comparación de medias del cuidado humanizado con la edad [0,872], servicios clínicos [0,087] y experiencia profesional [0,872] no se encontró diferencia estadística. En UCI existe diferencia significativa en el nivel de cuidados [0,002]. **Conclusiones:** El nivel de cuidados humanizados por los profesionales de enfermería en el Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” de Huánuco es bueno o hay una percepción de autoeficiencia de brindar cuidados humanizados favorable.

Palabras clave: Cuidados humanizados, Enfermería, Humanización.

SUMMARY

Objective: To determine the level of quality of humanized cares that the infirmity professional provides in the services of hospitalization of a public hospital of Huánuco 2016. **Methodology:** The study was of observational, prospective, transverse and analytic type, with comparative design. The sample was composed of 72 professionals of the infirmity of the different services of hospitalization to whom they were applied "Caring Efficacy Scale (CES)." The inferential analysis went to chi-squared test and ANOVA with a $p \leq 0,05$, leaning on the statistical package IBM SPSS Statistics 21. **Results:** It was found that of the total of the sample [$n=72$]; 48,6% presented (35 male nurses) a good level, the one 31.6% a faulty level and 15.3% a regular level regarding the hypothesis of difference in the level of humanized cares was statistical significance ($p=0002$). In the inference of comparison of stockings of the care humanized with the age [0,872], clinical services [0,087] and professional experience [0,872] he/she was not statistical difference. In ICU significant difference exists in the level of cares [0,002]. **Conclusions:** The level of cares humanized by the infirmity professionals in the Regional Hospital "Hermilio Valdizan Medrano" of Huánuco is good or there is an autoeficiencia perception of offering humanized favorable cares.

Key words: Humanized cares, Nursing, Humanization

INTRODUCCIÓN

Ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas del cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería⁹⁹.

Esta investigación es importante y beneficiosa desde el punto de vista laboral y de salud para los profesionales de enfermería y los pacientes de hospital. Es de beneficio investigar sobre la percepción de autoeficiencia de brindar cuidado humanizado, considerando la apreciación de los mismos profesionales de enfermería como un indicador importante de la calidad de la atención y como una forma indirecta de evaluar las intervenciones implementadas por esta profesión. Desde la propia autoconciencia moral será posible conocer cómo se está brindando el cuidado y si se está ayudando a que los pacientes alcancen su bienestar de una manera grata y humanizada.

El presente estudio titulado “Calidad de cuidados humanizados que brinda el profesional de enfermería en los servicios de hospitalización de un hospital público de Huánuco.”, tiene como propósito determinar el nivel de cuidados humanizados desde la percepción de autoeficiencia del propio profesional de enfermería.

En el Perú, y aún más a nivel local existen escasos estudios que orienten a conocer aspectos del cuidado humanizado, siendo este el centro de la praxis en enfermería. En la actualidad las limitadas instancias de estudio

y reflexión del cuidado, se observan, tanto en la clínica como en el mundo académico. Para Murillo¹⁰⁰ tradicionalmente, se enseña una enfermería humanista y holística basada en investigaciones y estudios extranjeros, como son modelos y teorías norteamericanas que, por cierto, han servido de base a la ciencia de enfermería, pero, en la práctica, específicamente en los establecimientos de salud, se sigue observando la hegemonía del modelo biomédico que termina por invisibilizar los cuidados de enfermería.

Tal situación motivó la realización de la presente investigación, en los profesionales de enfermería de los servicios de hospitalización, el Hospital Hermilio Valdizán Huánuco, durante el 2016.

El reporte de investigación contiene los siguientes elementos, que se ha dispuesto en 05 capítulos.

En el primer capítulo se aborda el problema a investigar; los objetivos, la hipótesis, las variables y su Operacionalización e importancia o justificación del estudio.

En el segundo capítulo se detalla el marco teórico, el cual comprende: los antecedentes de investigación, las bases teóricas, las bases conceptuales de ambas variables y definición de términos operacionales.

El tercer capítulo expone el marco metodológico; la cual contiene los siguientes elementos: tipo de estudio, diseño, población, muestra y muestreo, métodos e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad de los instrumentos, procedimientos de recolección de datos, elaboración de los datos, análisis de los datos y aspectos éticos de la investigación.

En el cuarto capítulo se presentan los resultados descriptivos e inferenciales de la investigación con su respectiva interpretación. Y, en el quinto capítulo contiene la discusión de los resultados.

Finalmente se muestran las conclusiones, recomendaciones, las referencias bibliográficas y los anexos.

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1.	Características demográficas de los profesionales de Enfermería de los servicios de hospitalización del Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” de Huánuco, 2016.	56
Tabla 2.	Características sociales de los profesionales de Enfermería de los servicios de hospitalización del Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” de Huánuco, 2016.	58
Tabla 3.	Características profesionales sobre el grado académico y situación laboral del enfermero(a) de los servicios de hospitalización del Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” de Huánuco, 2016.	59
Tabla 4	Descripción cuantitativa de la experiencia laboral en años de los profesionales de enfermería de los servicios de hospitalización del Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” de Huánuco, 2016.	60
Tabla 5.	Experiencia laboral en años de los profesionales de enfermería de los servicios de hospitalización del Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” de Huánuco, 2016.	61
Tabla 6.	Descripción cuantitativa del tiempo de servicio en la institución en años de los profesionales de enfermería de los servicios de hospitalización del Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” de Huánuco, 2016.	62
Tabla 7.	Descripción cuantitativa del tiempo que lleva en el servicio o área en la institución los profesionales de enfermería de los servicios de hospitalización del Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” de Huánuco, 2016.	63
Tabla 8.	Descripción de las características profesionales de los enfermeros (as) de los servicios de hospitalización del Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” de Huánuco, 2016.	64
Tabla 9.	Calidad de cuidados humanizados que brinda el profesional de enfermería en los servicios de hospitalización de un hospital público de Huánuco, 2016.	65
Tabla 10.	Calidad de cuidados humanizados, según servicios o áreas que brinda el profesional de enfermería en los servicios de hospitalización de un hospital público de Huánuco, 2016.	67
Tabla 11.	Calidad de cuidados humanizados, según edad que brinda el profesional de enfermería en los servicios de hospitalización de un hospital público de Huánuco, 2016.	68

Tabla 12.	Descripción cuantitativa de la calidad de cuidados humanizados, según edad del profesional de enfermería en los servicios de hospitalización de un hospital público de Huánuco, 2016.	69
Tabla 13.	Comparación de percepción de autoeficacia que brindan el profesional de enfermería en los servicios de hospitalización de un hospital público de Huánuco, 2016.	70
Tabla 14.	Comparación de percepción de autoeficacia en el cuidado humanizado según servicios, que brindan el profesional de enfermería en los servicios de hospitalización de un hospital público de Huánuco, 2016.	71
Tabla 15.	Comparación de percepción de autoeficacia en el cuidado humanizado según grupo de edad, que brindan el profesional de enfermería en los servicios de hospitalización de un hospital público de Huánuco, 2016.	72
Tabla 16.	Comparación de percepción de autoeficacia en el cuidado humanizado según experiencia laboral, que brindan el profesional de enfermería en los servicios de hospitalización de un hospital público de Huánuco, 2016.	73

ÍNDICE DE FIGURAS

		Pág.
Figura 1.	Representación de la edad en años, de los profesionales de Enfermería de los servicios de hospitalización del Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” de Huánuco, 2016.	57
Figura 2.	Representación del nivel de calidad de cuidados humanizados que brinda el profesional de enfermería en los servicios de hospitalización de un hospital público de Huánuco, 2016.	66

ÍNDICE DE ANEXOS

		Pág.
Anexo 1.	Encuesta sobre datos generales del profesional de enfermería	93
Anexo 2.	“Caring Efficacy Scale” para medir el cuidado humanizado desde la percepción del profesional de enfermería	95
Anexo 5	Consentimiento informado	97
Anexo 6	Matriz de consistencia	99
Anexo 7	Carta de solicitud institucional	101

Contenido

CAPÍTULO I	3
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.1. Descripción del problema.....	3
1.2. Formulación del problema	9
1.2.1. Problema general	9
1.2.2. Problemas específicos	9
1.3. Objetivos.....	10
1.3.1. Objetivo general	10
1.3.2. Objetivos específicos.....	10
1.4. Hipótesis	10
1.5. Identificación de variables.....	11
1.6. Operacionalización de variables	11
1.7. Justificación.....	13
1.7.1. Justificación teórica.....	13
1.7.2. Justificación práctico.....	14
1.7.3. Justificación metodológica.....	15
1.8. Factibilidad y viabilidad	15
CAPÍTULO II	16
2. MARCO TEÓRICO	16
2.1. Antecedentes de investigación	16
2.1.1. Antecedentes internacionales	16
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	19
2.1.3. Antecedentes locales.....	21
2.2. Bases teóricas	22
2.2.1. Teoría del cuidado transpersonal de Watson	22
2.2.2. Teoría de Percepción Social	23
2.2.3. Teoría de la Autoeficacia Percibida.....	24
2.2.4. Teoría de los Sistemas Sociales.....	25
2.3. Bases conceptuales.....	25
2.3.1. Bases conceptuales cuidados humanizados.....	25
2.3.2. Dimensiones de los factores de cuidado de Jean Watson.....	29
2.3.3. Definición de calidad.....	42
2.3.4. Definición de percepción.....	43

2.4. Definición de términos operacionales	44
CAPÍTULO III	45
3. MARCO METODOLÓGICO	45
3.1. Tipo de estudio	45
3.2. Diseño de estudio.....	45
3.3. Población.....	46
3.4. Muestra y muestreo	47
3.5. Técnicas e instrumentos utilizados en la investigación.....	47
3.6. Procedimientos de recolección de datos.....	51
3.7. Elaboración de los datos.....	52
3.8. Análisis de datos	53
3.9. Aspectos éticos de la investigación.....	54
CAPITULO IV.....	55
4. ANALISIS DE RESULTADOS.....	55
4.1. Resultados descriptivos	55
4.2. Análisis inferenciales	69
CAPÍTULO V.....	73
5. DISCUSIÓN	73
5.1. Discusión de resultados	73
CONCLUSIONES	79
RECOMENDACIONES.....	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
ANEXOS.....	91

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema

El actuar del profesional de enfermería para el cuidado de la persona ha generado una construcción de la imagen de enfermera (o) deshumanizada, con poca visión para el cuidado, sin indicios de sensibilidad y empatía, aspectos primordiales para el paciente cuando valora el cuidado de enfermería. De este modo las enfermeras (os) muchas veces solo realizan intervenciones de enfermería distintas de un cuidado humano¹.

Según Watson², el cuidado es la esencia de Enfermería, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, de sensaciones compartidas entre la enfermera y el paciente. El cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica. Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos. Sin embargo, Poblete³, afirma que es difícil mantener los valores humanitarios en el acto de cuidar en las institucionales hospitalarias, ya que están impregnadas del modelo biomédico y curativo, donde reducen lo humano a lo biológico alejando el trabajo de las enfermeras(as) de su visión humanista y holística del cuidado

Ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas del cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto

humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería⁴.

El aspecto humano, espiritual y transpersonal es pilar en la actualidad a la hora de entregar cuidados humanizados de enfermería, pero la deshumanización vista desde la percepción durante mis prácticas de pregrado, radica en que se ha dejado de lado el centro del quehacer de enfermería: la persona, el paciente o como sea llamado el “ser humano”. Asimismo, la falta de compromiso, dedicación, respeto, empatía y cariño con que brindan su cuidado, reflejan aún más que se adolece de un cuidado humanizado en nuestro hospital, tal como indica Álvarez⁵: “El ejercicio profesional del equipo de salud sufre actualmente de un proceso de deshumanización en la sociedad globalizada, en las cuales prevalece un vacío espiritual y la cultura de la banalidad”.

Gutiérrez et al⁶, en su estudio del rol de enfermería observaron que las enfermeras presentaban solo satisfacción con actividades derivadas del diagnóstico y tratamiento médico (técnicas) y no de acciones que corresponden al proceso de atención de enfermería u otras del rol independiente.

Según Poblete, Valenzuela⁷, se ha observado en Latinoamérica la necesidad de buscar el significado que tiene el cuidado para las personas y los aspectos que muestran deficiencias en su aplicación, como son el cuidado centrado en el paciente, que éste sea humanizado y que ambos conceptos se incorporen a la praxis; también plantean que “los estudios revelan que los pacientes valoran más los aspectos del cuidado que tienen relación con la

comunicación y el afecto durante su estancia en las instituciones hospitalarias, es decir, cuando el cuidado es humanizado y transpersonal”.

La medición de la percepción de cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados en un hospital público de la ciudad de Cartagena Colombia, mostro que los pacientes hospitalizados, experimentaron excelente y buena percepción del cuidado humanizado brindado por las enfermeras, especialmente frente a priorizar el cuidado, dar apoyo emocional, características de la enfermera y sus cualidades del hacer y disponibilidad para la atención⁸.

En la misma orientación, Rivera⁹, encontró a nivel global que el 86.7% de las personas hospitalizadas siempre perciben comportamientos de cuidado humanizado de enfermería.

Por el contrario, Espinoza¹⁰, encontró que los profesionales de enfermería de los servicios de hospitalización de cirugía, medicina y gineco-obstetricia, de manera global, no están brindando un cuidado humanizado a los pacientes, pues el estudio muestra que el 24,7% de ellos nunca percibe este cuidado, en tanto que el 39,7% solo lo percibe algunas veces. Asimismo, González¹¹ en el 2010, concluyo que un 36,6% de los pacientes califican como negativa la relación que la enfermera establece con el paciente, puesto que al brindar la atención no se identifica adecuadamente, el 40% refiere que no existe empatía entre enfermera y paciente.

En 2013, en un estudio sobre calidad de cuidado enfermero en el hospital de Chiclayo, Monchón y Montoya¹², encontraron que un 64,2% de los

usuarios afirman que el nivel de calidad del cuidado era bajo, el 30,2% lo califica como nivel de calidad medio y el 5,6% como nivel de calidad alto.

En 2008, en un estudio sobre la calidad del cuidado de enfermería en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen de Lima, Huatuco¹³, concluyó que a un 60% de enfermeras(os) les falta tener más relación interpersonal y que humanizar es un reto para los enfermeros(as), como lo es para la sociedad entera.

En el ámbito local, según un estudio desarrollado por Gonzales¹⁴, sobre el nivel de satisfacción del cuidado de enfermería en pacientes del hospital Hermilio Valdizán, concluyó que la satisfacción sobre el cuidado de enfermería es buena, demostrando así el trabajo humanitario y constante del profesional de enfermería.

Los hallazgos de otro estudio a nivel local, respecto a la satisfacción percibida del cuidado de enfermería por el paciente, refieren mediana satisfacción, frente al nivel regular de cuidados post operatorios que brinda el profesional de enfermería¹⁵.

Los aspectos que aleja a la enfermería del “cuidado humanizado y holístico” y empujan a la deshumanización de los cuidados, son el tecnologicismo y la visión biomédica de la salud, quedando relegado acciones como la comunicación eficaz y el interactuar con el paciente y familia en forma cercana, denominado por Watson cuidado transpersonal, dichas acciones valorizadas por los usuarios. Además los formadores biomédicos priorizan las técnicas y se olvidan de la parte humana, creando estudiantes igualmente biomédicos^{16,17}. Todo esto ha determinado que enfermería concibe la realidad

dentro de los parámetros de la biomedicina, en donde el cuidado es concebido a partir de normas, expedientes, rutinas y patrones de conductas desde que las familias entran a los centros de salud¹⁸.

En una revisión bibliográfica por Casate y Correa¹⁹, revelan que los aspectos como deshumanizantes asociados más importantes son las fallas en las condiciones de trabajo y relaciones del cuidado, o sea, fallas en el cuidado del paciente, traducidas en las relaciones de anonimato, en la despersonalización del individuo enfermo, en la falta de privacidad, en la falta de información, al dejar de ver el usuario como una persona para ser un caso interesante.

En Chile esta visión biomédica de la atención en salud en la cual se realizan los cuidados de enfermería, es lo que ha llevado a las enfermeras a una sobrecarga de trabajo de tipo biomédico y a labores en forma mecanizada, determinando que su trabajo se torne invisible en los campos clínicos²⁰. Esta situación no es ajena en los servicios de salud peruanos en que el no reconocimiento a su labor, está llevando a la insatisfacción profesional de las enfermeras(os), en que observan la desvalorización de su trabajo en los campos clínicos y el alejamiento de la humanización de los cuidados.

Guillaumet, Fargues, Subirana, Bros²¹ señalan que, para solucionar la deshumanización de cuidados de enfermería, se debe trabajar en todas las áreas de desarrollo de la enfermería, en la gestión, en la asistencia, en la formación y la investigación en enfermería.

Según Rubio, Cosi, Martínez, Miro y Sans²², la humanización del cuidado requiere tiempo, recursos, buena relación intergrupala y compromiso explícito de la institución. Esto no quiere decir que realizar cuidado humanizado cueste más dinero, sino que se debe invertir en ello y gestionar los recursos de mejor manera para poder lograr la contratación de más personal, implementar o ambientar los servicios para entregar una atención personalizada al usuario y su familia. Asimismo, hay que trabajar en la formación de futuros enfermeros(as), que comprendan la importancia de los cuidados humanizados para el paciente, la mejora de la satisfacción del usuario interno y externo.

En la actualidad los hospitales regionales del MINSA²³ de la cual forma parte el hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, prestan servicios de salud con búsqueda de mejoramiento continuo en la calidad de atención que brinda a los pacientes; en donde el Profesional de Enfermería como miembro del equipo de salud brinda un mejor cuidado enfermero acorde con los diversos cambios que se vienen dando; siendo por consiguiente la enfermera (o) un profesional de presencia y compromiso social para potenciar la capacidad de gestionar el cuidado humanizado enfermero en las áreas de hospitalización.

Teniendo en cuenta que la percepción del cuidado humanizado de enfermería varía en función de las características de los pacientes, la cultura, las expectativas, los factores personales y de enfermedad²⁴, se hace necesario una medición, desde la percepción del propio profesional de enfermería, con el fin de realizar ajustes y hacer seguimiento al cuidado

ofrecido, de esta manera examinar los puntos bajos e identificar los defectos en el cuidado de enfermería ofrecido y así mantener en alto el concepto de los pacientes acerca del cuidado recibido.

El cuidado humanizado es una necesidad observada y sentida durante las prácticas clínicas, que se vio expresada, en que la mayoría de las enfermeras (os) sólo se acercan a los pacientes para darles tratamiento farmacológico, hacer algunos procedimientos, algunos saludan de una manera cordial y otras de una manera déspota; asimismo muchos de los pacientes se quejan de la atención recibida por los enfermeros, otros tantos agradecen y reconocen la calidad del cuidado recibido, ante estas disyuntivas, se planteó el problema para conocer el cuidado humanizado desde la percepción del propio profesional de enfermería.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la calidad de cuidados humanizados que brinda el profesional de enfermería en los servicios de hospitalización de un hospital público de Huánuco, 2016?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Existen diferencias significativas en los niveles de calidad de cuidados humanizados que brindan según *edad* en la población en estudio?
- ¿Existen diferencias significativas en los niveles de calidad de cuidados humanizados que brindan según *servicios de hospitalización* en la población en estudio?

- ¿Existen diferencias significativas en los niveles de calidad de cuidados humanizados que brindan según *años de experiencia como profesionales de enfermería* en la población en estudio?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar el nivel de calidad de cuidados humanizados que brinda el profesional de enfermería en los servicios de hospitalización de un hospital público de Huánuco, 2016.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar si existen diferencias significativas en los niveles de calidad de cuidados humanizados que brindan según *edad* en la población en estudio.
- Analizar si existen diferencias significativas en los niveles de calidad de cuidados humanizados que brindan según *servicios de hospitalización* en la población en estudio.
- Determinar si existen diferencias significativas en los niveles de calidad de cuidados humanizados que brindan según *años de experiencia como profesionales de enfermería* en la población en estudio.

1.4. Hipótesis

H_{i1}: Existen diferencias en los niveles de calidad de cuidados humanizados que brindan la población en estudio.

H₀₁: No existen diferencias en los niveles de calidad de cuidados humanizados que brindan la población en estudio.

H_{i2}: Existen diferencias significativas en los niveles de calidad de cuidados humanizados que brindan según *edad* en la población en estudio.

H₀₂: No existen diferencias significativas en los niveles de calidad de cuidados humanizados que brindan según *edad* en la población en estudio.

H_{i3}: Existen diferencias significativas en los niveles de calidad de cuidados humanizados que brindan según *servicios de hospitalización* en la población en estudio.

H₀₃: No existen diferencias significativas en los niveles de calidad de cuidados humanizados que brindan según *servicios de hospitalización* en la población en estudio.

H_{i4}: Existen diferencias significativas en los niveles de calidad de cuidados humanizados que brindan según *años de experiencia como profesionales de enfermería* en la población en estudio.

H₀₄: No existen diferencias significativas en los niveles de calidad de cuidados humanizados que brindan según *años de experiencia como profesionales de enfermería* en la población en estudio.

1.5. Identificación de variables

- **Variable de interés:** Calidad de cuidados humanizados
- **Variables de caracterización:** Género, edad, estado civil, religión, grado académico, experiencia como profesional de enfermería, tiempo de servicio en la institución, situación laboral, servicio en el que trabaja, tiempo que lleva en el servicio, jornada laboral extra dentro y fuera del hospital.

1.6. Operacionalización de variables

Variable de interés	Indicadores	Valor final	Tipo de variable
Cuidados humanizados	“Caring Efficacy Scale”	Buena Regular Deficiente	Categórica Ordinal
Variable de caracterización	Indicadores	Valor final	Tipo de variable
Edad	Directa	Años	Numérica Discreta
Genero	Sexo	Masculino Femenino	Categórica Nominal
Estado civil	Estado conyugal	Soltero (a) Conviviente Casado (a) Divorciado (a) Viudo (a)	Categórica Nominal
Religión	Religión	Católico Evangélico Adventista	Categórica Nominal
Grado académico	Nivel de estudios	Sin grado Magister Doctorado	Categórica Ordinal
Antigüedad laboral	Experiencia laboral	Años	Discreta
Tiempo de servicio en el hospital	Directa	Años	Discreta
Situación laboral	Tipo de contrato	Nombrado Contratado	Categórica Nominal
Servicio de trabajo	Área de trabajo	Medicina Cirugía Pediatria Neonatología Emergencia	Categórica Nominal
Tiempo que lleva en su servicio	Directa	Años	Discreta
Jornada laboral extra en el hospital	Directa	Si No	Categórica Nominal
Trabajo fuera del hospital	Directa	Si No	Categórica Nominal

1.7. Justificación

1.7.1. Justificación teórica

El estudio se justifica, porque según la teoría del cuidado transpersonal de Watson²⁵, el objetivo de la enfermería es ayudar a los individuos y familias a prevenir y afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento, y ayudarles a dar sentido a sus experiencias mediante el establecimiento de una relación de persona a persona. Por lo cual es el profesional de enfermería, la persona que establece una relación más estrecha con el paciente, lo cual implica que los cuidados que brinde sean holísticos y de calidad humana ya que entre ellos se establece una relación transpersonal.

La atención en salud está cada vez más tecnificada y menos humanizada. A menudo, el hecho de tener los conocimientos necesarios y dominar la técnica, lleva al profesional a actitudes de prepotencia donde no se tienen en cuenta las necesidades del paciente, sino que se dan por supuestas no coincidiendo en muchas ocasiones. Esto genera un aumento de la ansiedad e insatisfacción del mismo²⁶. Problemática que será ahondada en el estudio para detectar las debilidades y puntos críticos durante el cuidado enfermero y proponer alternativas viables que brinden mejoras de calidad en el servicio, garantizando la satisfacción del usuario.

Ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, se hace necesario que los profesionales de enfermería rescaten el aspecto humano, espiritual y transpersonal, en todos los campos de su acción²⁷.

Además, en la misma orientación de las prioridades vigentes de investigación, según E.A.P de Enfermería de la Universidad de Huánuco, el estudio hace un planteamiento dentro de la línea: cuidados humanizados del profesional de enfermería frente al usuario, con el fin de aportar información y conocimientos científicamente justificados por principios y desarrollar intervenciones asentados en la realidad.

1.7.2. Justificación práctico

Es de beneficio investigar sobre la percepción de autoeficiencia de brindar cuidado humanizado, considerando la apreciación de los mismos profesionales de enfermería como un indicador importante de la calidad de la atención y como una forma indirecta de evaluar las intervenciones implementadas por esta profesión. Desde la propia autoconciencia moral será posible conocer cómo se está brindando el cuidado y si se está ayudando a que los pacientes alcancen su bienestar de una manera grata y humanizada.

Además, el desarrollo de nuevas investigaciones en pro del crecimiento de enfermería y la calidad del cuidado brindado, en la cual encaja perfectamente el presente estudio, permitirá mejorar la atención e implementar nuevas estrategias para que los profesionales de enfermería brinden un cuidado humanizado, fortaleciendo la profesión en el cuidado holístico.

La relevancia social también se fundamenta en la necesidad de promover un cuidado humanizado, que garanticen un cuidado de calidad y con calidez para el usuario y familia y al mismo tiempo que la salud laboral del

profesional de enfermería no se vea amenazado por factores de riesgos psicosociales.

Los resultados de la investigación serán canalizados a las instituciones formadoras de profesionales de la salud y al ámbito de estudio con información fidedigna que refleja la calidad del cuidado humano por el profesional de enfermería, a fin de que elaboren planes o estrategias destinadas a promover cuidados con un enfoque humanizado desde la formación académica de pregrado y que se integren dentro de los planes curriculares no solo el aspecto biomédico, sino también el cuidado humano.

1.7.3. Justificación metodológica

El estudio también aportará a la comunidad científica y académica, en el sentido de precedente, que permita entender mejor la realidad del fenómeno estudiado en los profesionales de enfermería desde su misma percepción, en la cual se utilizará un instrumento autoadministrado específico de la profesión de enfermería válida y confiable que mejorará la validez de la medida de dicha variable. Asimismo, abrirá camino a nuevos planteamientos y futuras investigaciones relacionadas a la línea, que permitan mejorar la calidad de cuidado de enfermería.

1.8. Factibilidad y viabilidad

La investigación será factible económicamente, porque será autofinanciada; y administrativa, porque se cuenta con el permiso de la institución para aplicar los instrumentos propuestos

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

En Colombia, 2010, Beltrán, López, Ramírez, Vallejo²⁸ desarrollaron un estudio cualitativo fenomenológica, titulado “Cuidados de Enfermería humanizados en el servicio de urgencias”, cuyo objetivo fue interpretar los cuidados humanizados que brindan las enfermeras a los pacientes. La población estuvo constituida por siete profesionales de enfermería de diferente género, a quienes se le entrevistaron de manera profundidad y observaron de manera directa. Concluyó, que la humanización es una exigencia profesional ineludible, implícita al que hacer asistencial. No existe nada, ningún condicionante social, estructural o laboral que justifique la deshumanización profesional. El servicio de urgencias tiene la característica de producir crisis tanto en la persona que consulta, como en la persona que atiende, se observa que el cuidado se está volviendo mecánico, está cayendo en la deshumanización.

Este antecedente de investigación aportó elementos sustanciales para el planteamiento del problema y marco teórico del estudio.

En Chile, 2009, Poblete²⁹ desarrolló un estudio observacional, de inferencia causal, titulado “Cuidado humanizado: percepción de autoeficacia en enfermeras académicas y asistenciales”, cuyo objetivo fue determinar percepción de autoeficacia para efectuar cuidado humanizado y la influencia del ámbito institucional donde se desempeñan. La muestra estuvo

conformada por 357 enfermeras de nueve regiones del país, a quienes se les aplicaron el instrumento “Caring Efficacy Scale”, validado en población chilena, que se basa en la Teoría Transpersonal del Cuidado Humano de Jean Watson. Los resultados globales obtenidos revelaron que el ámbito institucional no es determinante en la percepción de autoeficacia en la mayoría de los aspectos que incorpora el cuidado humanizado, mostrando diferencias estadísticamente significativas en sólo dos ítems del instrumento. La conclusión del estudio evidencia que a pesar de la diferencia en estos dos ítems, la percepción similar de autoeficacia para efectuar el cuidado humanizado, en ambos grupos de enfermeras, en forma general, puede ser considerada, un logro para la profesión y disciplina. Este importante resultado, evidencia que las enfermeras chilenas comparten una visión de cuidado humanizado y ético.

Este antecedente, presenta marcada similitud con nuestro estudio en el sentido que nos proporciona información respecto a la variable, además brindará aportes para escoger el instrumento de medición de la variable y realizar los aspectos del marco teórico.

En Colombia, 2007, Cardona, Silva³⁰ investigaron la percepción de los comportamientos de cuidado de los pacientes y la del personal de enfermería, encontrando en los cuidados de enfermería, que los aspectos técnicos que forman parte del quehacer diario, son bien evaluados por pacientes y profesionales, a diferencia del aspecto humano en que existe una mala percepción de los pacientes, esto es diferente en los profesionales, donde se observó lo contrario.

En Brasil, 2002, Da Silva et al³¹ realizaron un estudio del cuidado de enfermería y su sentido para enfermeras y pacientes, los resultados obtenidos revelaron que los profesionales de enfermería relacionan el cuidado con el accionar cotidiano, (técnicas de enfermería) y con algunos aspectos de relación enfermera-paciente, como, conversación y escucha activa. En cambio, los pacientes, en sus discursos relacionan al cuidado con cariño, paciencia y ser considerados como ser humano.

En ambos estudios latinoamericanos, los aspectos del cuidado que más valoran los usuarios son los que tienen relación con la comunicación, el afecto y la atención que se les brinda, lo que concuerda con Watson en la importancia de otorgar un cuidado humanizado y transpersonal. Estudios que nos orienta al planteamiento y marco teórico.

En Chile, 2012, Poblete, Valenzuela, Manuel³² realizaron un estudio titulado “Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la Teoría de Jean Watson”, cuyo objetivo fue validar Caring Efficacy Scale y Nyberg’s Caring Assessment, elementos basados en la Teoría Transpersonal del Cuidado Humano que se fundamenta en los aspectos humanos y éticos del cuidado. La muestra estuvo constituida por 30 enfermeras chilenas, a quienes se les aplicaron ambos instrumentos. Los resultados evidenciaron coeficientes de alfa de Cronbach de 0,76 para Caring Efficacy Scale, y de 0,82 para el Nyberg’s Caring Assessment. En cuanto a la validez de constructo ambos instrumentos se correlacionan positiva y significativamente. Conclusión: la validación de estas escalas es un aporte al cuidado humano transpersonal, para conocer el significado que las

enfermeras le otorgan, y cuán eficaces se sienten, así como remediar aspectos deficitarios en la enseñanza y práctica del cuidado.

Este antecedente de investigación presenta similitud con este estudio en el sentido que nos orienta a la adquisición del instrumento de medición de la variable y a clarificar los atributos de dicho instrumento.

2.1.2. Antecedentes nacionales

En Chiclayo, 2013, Monchón, Montoya³³ desarrollaron un estudio cuantitativo, transversal y descriptivo, titulado “nivel de calidad del cuidado enfermero desde la percepción del usuario, servicio de emergencia. Hospital III-Es Salud Chiclayo”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de calidad del cuidado enfermero desde la percepción del usuario. La muestra estuvo constituida por 329 pacientes, a quienes les aplicaron la encuesta SERVUAL modificado. Los resultados evidenciaron que un 64,18% de los usuarios afirman que el nivel de calidad del servicio es bajo, el 30,18% lo califica como nivel de calidad medio y el 5,64% como nivel de calidad alto. Conclusiones: El nivel de calidad del Cuidado enfermero en el servicio de emergencia de este hospital es bajo.

Este antecedente de investigación aporta elementos sustanciales para el planteamiento del estudio y abordaje teórico de la presente investigación.

En Lima, 2008, Huatuco³⁴ desarrolló un estudio descriptivo transversal, titulado “Determinar la calidad del cuidado de enfermería y el grado de satisfacción según percepción del paciente adulto mayor en el servicio de Geriátrica del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen”, cuyo objetivo fue determinar la calidad de cuidado de enfermería y grado de satisfacción del

paciente. La muestra estuvo conformada por 10 profesionales de enfermería y 20 pacientes, a quienes se les entrevistaron y aplicaron una guía de observación. Concluyeron que los adultos mayores tienen un nivel de satisfacción medio respecto al trato personal brindado en el servicio de geriatría del HNGAI; siendo más baja la dimensión interpersonal en cuanto a la calidad del cuidado brindado por la enfermera.

Este antecedente de investigación aporta elementos sustanciales para el planteamiento del estudio y abordaje teórico de la presente investigación.

En Lima, 2013, Lupaca³⁵ desarrolló un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, titulado “percepción del usuario sobre la calidad de atención del cuidado de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo”, cuyo objetivo fue determinar la percepción del usuario sobre la calidad de atención del cuidado de Enfermería. La población estuvo conformada por 54 usuarios, a quienes se les aplicaron un formulario tipo escala de Likert. Los resultados evidenciaron que del total de la población (54) el 56% percibieron que la calidad de atención del cuidado de enfermería es medianamente favorable, 24% favorable y el 20% desfavorable. Conclusión: El mayor porcentaje de los usuarios tiene una percepción medianamente favorable, referido en el componente interpersonal.

Este trabajo guarda cierta similitud con nuestra investigación ya que nos sirvió para identificar algunas dimensiones de los factores de cuidados de la teoría de Jean Watson.

En Lima, 2010, Ramos³⁶ desarrolló un estudio cuantitativo, descriptivo simple y transversal, titulado “Percepción del paciente sobre la calidad de

relación interpersonal enfermera - paciente, en Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas”, cuyo objetivo fue, determinar la percepción del paciente sobre la calidad de relación interpersonal enfermera-paciente. La población estuvo conformada por 20 pacientes hospitalizados en condiciones de alta, a quienes se les aplicaron una encuesta y el instrumento un formulario tipo escala de Likert modificada. Las conclusiones finales fueron: La percepción del paciente sobre la calidad de relación interpersonal enfermera – paciente fue medianamente favorable a desfavorable en la dimensión interpersonal, referido a que la enfermera pocas veces le brinda información sobre las actividades en el servicio, acude al llamado cuando el paciente lo necesita y la motivación al paciente para que se incorpore en sus actividades diarias es de forma esporádico; y solo tiene un menor porcentaje que la relación interpersonal fue favorable referido a que la enfermera se dirige al paciente por su nombre y escucha con atención sus necesidades.

Este antecedente de investigación aporta elementos sustanciales para el planteamiento del estudio.

2.1.3. Antecedentes locales

En Huánuco, 2011, Gonzales³⁷ desarrolló un estudio descriptivo, titulado “Nivel de satisfacción de los pacientes adultos mayores del servicio de medicina respecto a la atención de enfermería, del hospital regional Hermilio Valdizán Medrano, cuyo objetivo fue determinar el nivel de satisfacción de los pacientes adultos mayores. Los resultados evidenciaron que el 59.8% de la

población en estudio tiene un nivel de satisfacción alto respecto a los cuidados de enfermería que recibe, y el 41.1% de la población refiere tener un nivel de satisfacción medio respecto a los cuidados del profesional de enfermería.

En Tingo María, 2011, Ruíz, Medina, Ambrosio³⁸ ejecutaron un estudio descriptivo titulado "Satisfacción del paciente post operado frente a los cuidados del profesional de enfermería en el servicio de cirugía del hospital Tingo María, cuyo objetivo fue describir el nivel de satisfacción del paciente post operado frente a los cuidados de enfermería. La población muestral estuvo conformada de 47 pacientes pos operados, a quienes se les aplicaron una guía de entrevista sociodemográfica, ficha documental, y la encuesta de satisfacción con los cuidados de enfermería. Los resultados evidenciaron que, de manera global, el nivel de satisfacción por los cuidados de enfermería durante el post operatorio, evidenció mediana satisfacción [51% (24)], seguido del 32%(15) de pacientes insatisfechos y 17% (8) de pacientes satisfechos, del mismo modo, los cuidados de enfermería, durante el post operatorio, percibido por la población muestral en estudio, fueron de nivel regular [47% (22)].

Estos dos últimos antecedentes locales, aporta elementos esenciales para entender mejor la realidad del problema y además nos orienta en la metodología a seguir.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Teoría del cuidado transpersonal de Watson

La teoría de Watson³⁹ de corte existencialista y humanista, visualiza al cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería; afirmando que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional, además de integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad enfermera. Esta asociación e interacción humanística - científica constituye la esencia de la disciplina enfermera. De acuerdo con esta teoría, el “cuidado” es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de emociones compartidas entre el profesional de enfermería y el paciente. Otorgándole de esa manera al cuidado una dimensión espiritual y una abierta evocación de amor a esta acción. Para esta, el acto de cuidar debe ser amplio, sanador del espíritu y el cuerpo.

Watson basa la confección de su teoría en siete supuestos, que son premisas asumidas como verdad sin comprobación.

En relación con el estudio, el modelo trasciende por dar un sentido coherente a enfermería como profesión y ciencia humana, además es útil porque plantea y revitaliza una filosofía de cuidados humanizados, como respuesta a la deshumanización de la atención. El cuidado humano depende del compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana, más allá de la situación de salud.

2.2.2. Teoría de Percepción Social

Según la teoría de Merton⁴⁰, la percepción es una manera de ver el mundo y de acuerdo a ello se actúa y se vive la realidad, de tal forma que la

percepción que se tiene de las cosas, es clave para predecir como se va a actuar en determinadas circunstancias, es como una “profecía autocumplida”. Además, el modelo imprime que la realidad está determinada y aprendida socialmente y se va transmitiendo de generación en generación. Esta definición es una construcción social de la realidad, es la conciencia del mundo que nos rodea, no es la de un mundo objetivo, de objetos físicos, sino de ciertas ideas, impresiones, imágenes o datos; de significados que son distintos de ese mundo. La percepción social es una forma de ver el mundo y de acuerdo a ella actuamos, para la psicología social la forma como nos percibimos es como actuamos.

Partiendo de este modelo, el cuidado de enfermería, que es aprendido y enseñado por docentes de enfermería en las aulas universitarias que transmiten aspectos teóricos y prácticos del cuidado, podría modificarse, posteriormente, cuando cambia a otra realidad, en los espacios del mundo del trabajo donde se desenvuelven.

2.2.3. Teoría de la Autoeficacia Percibida

Según la teoría de Bandura⁴¹, la persona organiza y ejecuta sus actos que le permitan alcanzar el rendimiento deseado de acuerdo al juicio sobre sus capacidades. El concepto no hace referencia a los recursos de que se disponga, sino a la opinión que uno tenga sobre lo que puede hacer con ellos. La autoeficacia percibida no es un simple mecanismo predictivo de la conducta futura, sino que, influye sobre la misma, es decir, la autoeficacia hace a la persona productora de su propio comportamiento y determina el tipo

de conductas elegidas, la cantidad del esfuerzo dedicado a enfrentar situaciones difíciles y el tiempo que se persistirá en el intento de solucionarlas.

Este modelo se relaciona con el estudio puesto que el instrumento que se utilizará, está basado en esta teoría. Es así que se determinará la capacidad percibida por enfermeras (os) para expresar cuidados humanos, actitudes y conductas que orienten a establecer un cuidado que mantenga una relación cercana entre usuario y enfermera.

2.2.4. Teoría de los Sistemas Sociales

Parsons⁴², en su Teoría refiere a las instituciones como subsistemas sociales cuya función es socializar, cumpliendo la “función de latencia”, que significa la transmisión de patrones y pautas culturales, su rol es controlar, normar y motivar a los individuos para mantener el sistema social íntegro. Los subsistemas institucionales tienden a ser imperturbables en sus normas y logran en los individuos que ingresan a ellos, un control social como cualquier subsistema social, de tal forma que rápidamente los individuos se adaptan a sus normas y funcionamiento, es por ello que, probablemente, sea el aspecto institucional, el que pueda afectar la percepción del cuidado en las enfermeras que pertenecen a una institución de salud.

Este modelo considera que los profesionales de enfermería de los hospitales pueden adquirir una conducta institucionalizada que puede afectar su rol humano y ético y brindar así un cuidado mecánico o deshumanizado.

2.3. Bases conceptuales

2.3.1. Bases conceptuales cuidados humanizados

2.3.1.1. Definiciones de cuidado

Según el diccionario de la Real Academia Española (RAE)⁴⁴, el término cuidado evoca muchos vocablos, entre ellos tenemos: asistir, conservar, cautela, amenaza, intranquilidad, advertencia en proximidad de peligro o la contingencia de caer en error, vivir con advertencia respecto de una cosa, atención, solicitud, guardar, preocuparse, prestar atención a algo o a alguien.

En consonancia con cada uno de los conceptos que emite la RAE Vélez, Vanegas⁴⁵, enuncia que se dirige a la inquietud de los seres humanos por mantenerse y mantener a otros en un estado “normal” o mejor de lo que existe en ellos, su vida misma

.Para Araújo⁴⁶, el cuidado, es un término que tiene su significación en el ser mismo de los seres, como ímpetu que surge de la existencia; es la alerta de la existencia en procura de la tranquilidad en todo estado de armonía entre el ser humano y el mundo que nos asecha en cada momento.

Por su parte Swanson⁴⁷, señala que los cuidados son una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal.

2.3.1.2. Definiciones de humanización

Según Heidegger⁴⁸, el humanismo es, encontrarse a sí mismo, recuperarse de la alineación y encausar en una vida verdaderamente humana. Se enfoca la atención al ser humano, con valores, con ciertas necesidades, como centro de la vida.

Para González, Velandia, Flores⁴⁹, profundizar en el estudio del humanismo podría repercutir en la formación de enfermería en dos sentidos, hacia la formación de una enfermera satisfecha consigo misma, consciente de

las implicaciones éticas, sociales y políticas que influyen en su práctica profesional y por otro lado, enfermeras del ámbito clínico, orientadas hacia la humanización del cuidado, que tengan como propósito la gestión del cuidado centrada en la persona.

Brusco⁵⁰, cita que humanizar, enfocado al mundo sanitario, se refiere al hombre en todo lo que se hace para promover y proteger la salud, curar la enfermedad y garantizar el ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa en los ámbitos físicos, emotivo, social y espiritual.

Humanizar sugiere alteraciones en el modo de hacer, de trabajar y producir salud. Humanizar exige sintonía con el modo de hacer y el cómo se debe hacer. Necesita de la inseparabilidad de la producción de los procesos y cambios de los sujetos involucrados en la producción de salud⁵¹.

2.3.1.3. Definiciones del cuidado humanizado

González, Rosa, Bracho, Zambrano⁵², refieren que el cuidado humanizado es un acto, una dimensión ontológica, existencial, que se mueve en un proceso de relación, de reciprocidad, de confianza y involucramiento afectivo por otro ser humano. Desde el punto de vista ecológico requiere que las personas se relacionen en forma respetuosa con la naturaleza.

Algunos de los elementos que permiten humanizar los cuidados se enfocan hacia el desarrollo de un proceso de cuidado familiar, continuo, generador de vida, seguro para el paciente, culturalmente aceptable, con aplicación de tecnología, con toque humano y fundamentalmente centrado en la persona⁵³.

La humanización de los cuidados hace referencia a personas en interacción, que saben clarificar sus necesidades, reconocen sus sentimientos y se enfocan positivamente. Para ello, se requiere formar una enfermera con empatía, capaz de otorgar un cuidado familiar, significativo y gratificante. Cuidar en enfermería implica el conocimiento de la persona a quien se brindará cuidado, conocer sus actitudes, aptitudes, intereses y motivaciones, además de los conocimientos que posee la enfermera, requiere manifestarse como persona: única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo⁵⁴.

Watson⁵⁵, refiere que el cuidado requiere de un compromiso moral, social, personal y espiritual de la enfermera consigo misma y con otros humanos, para preservar la humanidad. El cuidar es el ideal moral, es protección, engrandecimiento y preservación de la dignidad humana. Es volver a establecer un compromiso con el mantenimiento de la salud de las personas en sus contextos de vida, en los momentos de enfermedad y en las situaciones de muerte.

El cuidado humano implica valores, deseo y compromiso de cuidar, conocimiento, acciones de cuidar y consecuencias. Se debe saber quién es el otro, sus necesidades, limitaciones y fortalezas, que conducen a su crecimiento⁵⁶.

De lo expuesto por los diversos autores, se puede considerar que el cuidado humanizado de enfermería es el conjunto de acciones basadas en el conocimiento científico y principios bioéticos que brinda la enfermera (o) al paciente que lo requiere para satisfacer sus necesidades de una manera

holística, considerante el aspecto humano como pilar del cuidado. Asimismo supone acoger al otro de una manera cálida sin dejar de ser uno mismo, despojándose de todos los factores externos que en algún momento puedan afectar la atención comprometida y de óptima calidad que implica el cuidado humanizado.

2.3.2. Dimensiones de los factores de cuidado de Jean Watson

Se expondrán los diez factores de cuidados (FC) que después Watson denominó Proceso Caritas de Cuidados (PCC), que corresponde a una extensión de los anteriores.

2.3.2.1. Dimensión fenomenológica

Watson⁵⁷, coincidiendo con lo definido por Rogers, afirma que el campo fenomenal corresponde a la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y significado de las percepciones de uno mismo; todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado de uno mismo. Agrega además que el campo fenomenológico está integrada en las tres esferas de la persona (el alma, el cuerpo, y el espíritu) para conseguir la armonía interior.

2.3.2.1.1. FC 1: “Formación de un sistema de valores humanísticos y altruistas”. PCC 1: “Práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente”.

Watson⁵⁸, define este factor como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo. Los valores humanísticos y altruistas se aprenden pronto en la vida, pero pueden recibir una gran influencia por parte de los enfermeros(as) educadores(as).

Asimismo, asume que el “día a día” de la práctica profesional requiere que la enfermera(o) evolucione en su desarrollo moral. Si bien la formación de cada uno en la infancia y juventud temprana está marcada por el contexto socio-cultural de pertenencia, esto no significa la permanencia en un sistema estático. Es importante una acabada reflexión sobre el propio desarrollo moral, ya que es la única forma de comprender los sistemas morales ajenos. De esta forma la introspección debería formar parte de nuestras prácticas diarias, a través de la meditación, la reflexión y la terapia en caso necesario, con ello el desarrollo de aptitudes artísticas que ayuden al profesional a encontrarse consigo mismo.

Este sistema de valores debe combinarse con el conocimiento científico que guía la acción de la enfermera, Por esto, un paciente no es un personaje sobre el cual es factible escribir en primera persona, es un ser humano libre que debe narrar su propia biografía.

Además, le otorga gran importancia a la formación en ciencias humanas, aspecto muy olvidado en la formación profesional, que brinde las herramientas necesarias para comprender las dinámicas sociales, culturales

y psicológicas de los individuos. No es posible elegir solo cuidar a aquellos que concuerdan con nuestro sistema de valores, raza, clase social, generación, etc. Cuidamos a seres humanos diferentes y únicos. Watson por tanto, integra el cuidado amoroso con la ecuanimidad, esto requiere de un desarrollo evolutivo moral, no sólo de un desarrollo del conocimiento.

2.3.2.1.2. FC 2: “Inculcación de fe – esperanza”. PCC 2: “Ser o estar auténticamente presente y permitir y mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad. Este individuo libre, con creencias propias, es un ser para el cuidado”.

Este factor incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción del cuidado enfermero holístico y del cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera(o) a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermera – paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte conductas que buscan la salud.

Este factor habla de la importancia de la fe y la esperanza para el cuidado y la sanación, dado que ha estado presente a lo largo de toda nuestra historia y por lo tanto también a lo largo de la narrativa que da cuenta de nuestra convivencia como especie humana, en los que ha habido influencias de lo mágico, las oraciones y los encantos. De este modo, el permitir que los individuos cultiven su sistema de creencias y ejecuten sus rituales para permitir que les ayude a mantener la fe en ellos mismos, contribuirá a la sanación o mantención de la salud⁵⁹.

2.3.2.1.3. FC 3: “El cultivo de la sensibilidad hacía uno mismo y hacía los demás”. PCC 3: “El cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que vaya más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión”.

Para Watson⁶⁰, este factor prueba que el reconocimiento de los sentimientos lleva a la autoactualización a través de la autoaceptación tanto para la enfermera(o) como para el paciente. A medida que la enfermera(o) reconoce su sensibilidad y sus sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.

Además el ser humano es en primer lugar un ser sintiente. Es habitual que en la práctica sanitaria se separe el desarrollo profesional de este ámbito, producto de lo cual las personas tienden a esconder, negar o disimular sus sentimientos. Esto llevará a no tratar con los propios sentimientos, a temerles y a no poder cambiarlos cuando éstos no son positivos. Un individuo que rehúsa reconocer sus propios sentimientos, difícilmente logrará entenderlos de los otros. Por otra parte, se tiende a proteger al paciente de sentimientos negativos, para que no llore, o muestre ansiedad. Estos sentimientos forman parte de la vida y de los procesos que vivimos como seres humanos.

Asimismo, señala que las conductas de evitación también tienden a ser habituales, como el temor a enfrentarse al paciente que va a morir, la aprensión a contestar preguntas, y enfrentar situaciones de duelo y dolor. Todas estas situaciones están presentes en el día a día de la labor de enfermería. Es por ello que el practicar la sensibilidad hacia sí mismo y los otros adquiere relevancia, y Watson destaca que esta sensibilidad se ve

reforzada por la formación valórica. El cultivar un desarrollo evolutivo moral debe ser tan importante como mantenerse al día en las técnicas y conocimientos, como asimismo la apertura a desarrollar sentimientos como la fe y esperanza. El desarrollo de la sensibilidad forma parte de un ser auténtico y honesto, que no teme develar su rostro ante la vulnerabilidad y el dolor.

2.3.2.2. Dimensión interacción

Watson⁶¹, menciona que la relación enfermera - paciente va más allá de una evaluación objetiva, mostrando interés hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud. Permite al paciente y la enfermera entrar en el campo fenomenológico del otro, teniendo como objetivo proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona y su armonía interior.

2.3.2.2.1. FC 4: “El desarrollo de una relación de ayuda y confianza”.
PCC 4: “Desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza”.

El desarrollo de una relación de ayuda y confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz.

La coherencia, significa real, genuino y auténtico⁶².

De acuerdo a Rogers⁶³, el ser congruente implica minimizar el propio rol frente al rol del otro, debe ser un encuentro de “persona a persona”, significa ser uno mismo, no negar la personalidad; implica, además, ser capaz

de aprender de las dificultades que se tienen en las experiencias de relacionarse con el otro, saber dónde se originan estas dificultades y que se debe hacer para superarlas y, por último, aprender de las experiencias para poder ayudarse uno mismo y a otros.

La empatía es la capacidad para la experiencia y, por lo tanto, sirve para comprender las percepciones y sensaciones de la otra persona y para comunicar aquellas comprensiones. La empatía es uno de los elementos básicos y necesarios para trabajar efectivamente con el otro en una relación de ayuda⁶⁴.

Para Watson⁶⁵, cuando la profesional de enfermería es empática logra captar con claridad el mundo del paciente y puede moverse libremente dentro de él, puede comunicarle su comprensión de aquello que él conoce vagamente y volcar en palabras los significados de experiencias de las que apenas tiene conciencia. Esta clase de empatía es un factor importante en el proceso de ayudar a la persona a acercarse a sí misma, al aprendizaje, cambio y desarrollo. La habilidad de la enfermera para responder a los sentimientos de otros se basa en la empatía. Cuando esta profesional es empática reconoce los sentimientos de otros, pero no los analiza, ni juzga y no llega a sentir incomodidad, temor, enojo o conflicto por ellos. La comunicación es más fácil, pero, clarificando que la comunicación no es sólo verbal, implica una serie de conductas no verbales y respuestas afectivas.

Según el diccionario de la Real Academia Española (RAE)⁶⁶, el término comunicación evoca varios significados: acción y efecto de comunicar o

comunicarse; trato, correspondencia entre dos o más personas; transmisión de señales mediante un código común al emisor y el receptor.

Robbins⁶⁷, señala que para comunicar con eficacia hay que comprender que todos somos diferentes en cuanto a nuestro modo de percibir el mundo y utilizar esa comprensión como guía con nuestra comunicación con los demás.

La comunicación eficaz tiene componentes de respuestas cognitivas, afectuosas y conductuales. Los seres humanos reciben y dan mensajes a través de tres procesos. La persona se conecta con el otro. La enfermera debe usar estos tres procesos para comunicarse con el otro, a menudo lo no verbal y afectivo debe ser muy sutil y para ello la enfermera requiere de más habilidad, para lo cual es clave formar a los estudiantes de enfermería en habilidades para comunicarse en forma efectiva con el usuario⁶⁸.

Para ayudar verdaderamente a otra persona, la buena comunicación adquiere un papel importante. Para entenderse, los seres humanos utilizan tres tipos básicos de comunicación: nivel somático (aspectos biofisiológicos); nivel de acción (conductas no verbales: posición del cuerpo, expresiones faciales etc.); nivel de lenguaje (las palabras y significado). Hay dos tipos de lenguaje en la comunicación: denotativas que se refiere a la comunicación de significado abiertos, explícito de palabras y connotativas es la comunicación de significados implícitos, asociación de ideas, sentimientos, respuestas simbólicas y contenidas latentes en las palabras. Todos han recibido y dado mensajes en que las palabras son menos importantes que la connotación, en donde el mensaje dado tiene un significado especial⁶⁹.

La acogida no posesiva se manifiesta con un volumen moderado del habla; una postura relajada, abierta, y las expresiones faciales, que son coherentes con el resto de las comunicaciones⁶⁹.

De acuerdo al diccionario de la Real Academia Española (RAE)⁷⁰, el término escuchar evoca varios significados: aplicar el oído para oír; prestar atención a lo que se oye; dar oídos, atender a un aviso, consejo o sugestión.

Martínez⁷¹, define que la escucha activa es la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo; esta habilidad puede desarrollarse y consolidarse y es de esperar que así sea sobre todo en aquellas actividades que implican una interrelación con otras personas y deben ser los espacios formativos donde se enfatice estos aspectos. También señala, para que tengamos una disposición empática debemos ser capaces de escuchar activamente, para poder comprender la experiencia de quien vamos a ayudar.

El escuchar, es parte importante de la relación interpersonal e incluye medios de comunicación no verbal (las inclinaciones de la cabeza, cambios del cuerpo y gestos). Para que escuchar sea efectivo se debe preguntar “con los ojos” y las expresiones faciales. Esto es importante a considerar cuando el paciente este comunicándose sin palabras. Escuchar, incluye suspender nuestros propios juicios, resistirse a la distracción y obstáculos que interfieran con la comunicación⁷².

La relación de cuidado está basada en la creencia que el ser para el cuidado es único, es persona y es capaz de ejercer su libertad y su autonomía,

en mayor o menor grado. Más específicamente, los pacientes o usuarios no nos pertenecen, ni su cuerpo, ni sus problemas, ni su espíritu⁷³.

2.3.2.2.2. FC 5: “Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos”. PCC 5: “Estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida”.

Esta es una parte inherente a la formación de una relación de ayuda y de confianza.

Watson⁷⁴, reconoce que el hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera(o) como para el paciente. La enfermera(o) debe estar preparada tanto para sentimientos positivos y negativos, comprender emocional e intelectualmente una situación y ser capaz de establecer la diferencia.

Las emociones juegan un rol preponderante en la conducta humana y para Watson son "una ventana por la cual se visualiza el alma". Es ampliamente aceptado que la comprensión intelectual y la emocional de la misma información son bastante diferentes, situaciones como la ansiedad, el estrés y la confusión, o incluso el temor, pueden alterar la comprensión y la conducta. La libre expresión de estos sentimientos permite no elaborar sentimientos defensivos, de negación o aumentar el estrés. La labor del profesional de enfermería es permitir la expresión de estos sentimientos, que es congruente con visualizar al otro como un ser para el cuidado.

2.3.2.3. Dimensión de necesidades humanas

Se entiende por necesidad humana, a la sensación de carencia de algo unida al deseo de satisfacerla, cuya satisfacción es un recurso necesario e importante para la supervivencia, bienestar o confort de una persona⁷⁵.

2.3.2.3.1. FC 6: “La creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural”. PCC 6: “Creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz”

Para Watson⁷⁶, las enfermeras(os) tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.

Además, divide este ambiente en externo e interno, los cuales son interdependientes entre sí. Ambos contienen variables, por ejemplo, del medio ambiente externo surgen las variables como seguridad, confort, abrigo; y del medio ambiente interno surgen la autorrealización, comunicación, etc. A partir de estas variables surgen las necesidades, que se define como el requerimiento de una persona, que, de ser satisfecho, alivia o disminuye su angustia o dolor, o mejora su sentido de adecuación y bienestar. La satisfacción de estas necesidades tiene estrecha relación con la salud del individuo.

2.3.2.3.2. FC 7: “Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas”. PCC 7: “La asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger”.

Para Watson⁷⁷, la enfermera(o) debe reconocer las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales de ella misma y del paciente. Los pacientes deben satisfacer las necesidades de orden inferior antes de intentar satisfacer las de orden superior.

Asimismo, Watson⁷⁸, basándose en la pirámide jerárquica de las necesidades humanas del psicólogo Abraham Maslow, estratifica dichas necesidades, afirmando que las necesidades del primer nivel están representadas por las necesidades de supervivencia o necesidades biofísicas, por ejemplo: nutrición, eliminación y ventilación. En el segundo nivel se ubican las necesidades funcionales o psicofísicas como reposo- actividad, y las sexuales. En un tercer nivel, las integrativas o necesidades psicosociales, de pertenencia y logros. En el nivel más elevado se ubican las necesidades intra/interpersonales; la necesidad de realización del sí mismo, tendientes a la búsqueda de crecimiento personal.

Además, acota que los factores socioculturales afectan todas las necesidades en todos los niveles. El brindar cuidados es, por tanto, el trabajo profesional destinado a la satisfacción de necesidades humanas en el ámbito de la salud de un individuo, comunidad o población, como también integrativo y holístico, porque abarca los diferentes estratos de necesidades⁷⁹.

2.3.2.4. Dimensión científica

Bello⁸⁰, afirma que el método científico permite a la enfermera (o) realizar los cuidados, basados en pensamientos lógicos a través del proceso de atención de enfermería, el cual constituye un plan de trabajo diario en el ejercicio de la práctica clínica, en el que influyen las opiniones conocimientos y habilidades que permiten un razonamiento crítico, capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales de la enfermera. Así mismo debe adquirir habilidades o capacidades sociales tales como el trabajo en equipo, la comunicación cordial y efectiva, mostrar seguridad y confianza en sí misma, ser influenciable y desarrollar el liderazgo, etc.

2.3.2.4.1. FC 8: “Uso sistemático del método científico para la solución de problemas y toma de decisiones”. PCC 8: “El uso creativo de uno mismo, como partícipe en el arte de cuidar y de todas las maneras de conocer como parte del proceso asistencia”.

Para Watson⁸¹, el uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a lo sistemático y organizado.

Así mismo Watson⁸², afirma que en la práctica cotidiana de la enfermería se debe sostener, cultivar e integrar los conocimientos científicos a lo largo de la vida profesional para guiar su actuar diario, sin embargo enfatiza que la asociación humanística-científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera.

Para Colliere⁸³, es una actitud creativa para resolver problemas, es una forma de conocer las partes del proceso del cuidado, incorporando el arte en la práctica de cuidar sanando.

2.3.2.5. FC 9: “La promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal”. PCC 9: “Participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro”.

Este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente este informado, y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza – aprendizajes diseñados para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal⁸⁴.

Rogers⁸⁵, destaca que la educación y el cambio de actitudes en los pacientes van a tener resultados favorables si existe una buena relación transpersonal entre paciente y profesional.

Según Rogers⁸⁶, la enseñanza no es función de un buen currículum clínico ni académico del educador, es un proceso mucho más complejo, que parte de tener la habilidad para lograr, en el marco de una relación –en este caso, educador-educando– cambios de conducta. Esto pasa necesariamente por nutrirse de los educandos, y no de un mero recitar conocimientos.

2.3.2.6. FC 10: “El reconocimiento de fuerzas existenciales-fenomenológicas.”. PCC 9: “El reconocimiento de fuerzas existenciales-fenomenológicas - espirituales”.

Para Watson⁸⁷, se deben atender y abrir los misterios espirituales y existenciales de la vida y la muerte; cuidando el alma de uno mismo y del que se cuida. La incorporación del existencialismo y los factores fenomenológicos en la ciencia del cuidado, permiten que el profesional de enfermería comprenda el significado que los pacientes le dan a su vida. Este conocimiento y visión filosófica del ser humano, ayuda a la enfermera como persona y profesional, trayendo significado a su propia vida al aceptar fuerzas no reconocidas.

Watson⁸⁸, la fenomenología, se refiere al énfasis en la comprensión de las personas de cómo las cosas aparecen ante ellos... La fenomenología es descriptiva, es una descripción de datos que aparecen en una situación dada y ayuda a entender el fenómeno en cuestión.

2.3.3. Definición de calidad

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española⁸⁹, la calidad es la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁹⁰ define la calidad, como el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico,

logrando, un resultado con el mínimo riesgo de efectos, y la máxima satisfacción del paciente.

Toledo⁹¹, plantea que la calidad es ser eficiente, es tener competencia, tener respeto al paciente y familia; calidad es “Hacer lo correcto”, en forma correcta y de inmediato; la calidad es practicar la limpieza, es ser puntual, es mejorar siempre, preocuparnos por la innovación, es usar el vocabulario correcto, que los pacientes tenga confianza en el servicio que se les brinda.

Para Donabedian⁹², la calidad de atención es proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber considerado el balance de las ganancias y pérdidas esperadas, que acompañan el proceso de atención en todas sus partes. Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican con su cosmovisión y formación académica.

La comisión internacional de enfermería (CIE)⁹³, define la calidad de la atención de enfermería como: “... la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable con el propósito de lograr la satisfacción del paciente y la del personal de enfermería”.

2.3.4. Definición de percepción

Según Day⁹⁴, la percepción es “un proceso a través del cual tenemos conciencia de lo que ocurre a nuestro alrededor y en nosotros mismos; es obviamente algo más que una imagen del mundo, proporcionado por los sentidos, puesto que participan la comprensión y el significado aunque la experiencia desempeña un papel importante y por lo tanto depende de las

características del sujeto que percibe los conocimientos, necesidades y sus intereses y las emociones que puedan influir en forma positiva y negativa”.

Bandura⁹⁵, define la autoeficiencia percibida como los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, con base en las cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permite alcanzar el rendimiento deseado.

Álvaro⁹⁶, Garrido, enuncian a la autoeficacia, como la confianza que tenemos en nosotros mismos. La percepción de autoeficacia determinará el tipo de conductas elegidas, la cantidad del esfuerzo dedicado a enfrentar situaciones difíciles y el tiempo que se persistirá en el intento de solucionarlas.

2.4. Definición de términos operacionales

- **Calidad de cuidados humanizados:** Es la capacidad percibida por los enfermeros (as) de brindar o expresar cuidados humanos y de relacionarse con sus pacientes. La cual será medido a través del instrumento de medición Caring Efficacy Scale y expresado en nivel bueno, regular y deficiente.

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de estudio

La investigación pertenece al siguiente tipo de estudio:

De acuerdo a la intervención del investigador, el estudio fue *observacional*, porque solo se observaron los fenómenos en su contexto natural, para analizarlos, sin la manipulación deliberada de las variables.

Según la planificación de la toma de datos, el estudio fue de tipo prospectivo, porque la información se recogió después de la planeación, y la recolección de datos se realizará a partir de fuentes primarias.

Según el número de ocasiones en que mide la variable, el estudio fue *transversal*, porque la variable se midió en un solo momento.

Por el número de variables analizadas u objetivo de la investigación, fue *descriptivo comparativo*, porque se describirá y medirá la variable calidad de cuidados humanizados en los profesionales de enfermería y se precisará diferencias con las características sociodemográficas y profesionales.

3.2. Diseño de estudio

El diseño del estudio fue transversal comparativo, tal como se muestra en la siguiente representación:

$$N \longrightarrow OX = \text{ó} \neq Y$$

Dónde:

N: Población muestral

O: Observación

X: Variable cuidado humanizado

Y: Variables de caracterización

=: Igualdad

≠: Diferente

3.3. Población

La población de estudio estuvo constituida por los profesionales de enfermería de los diferentes servicios de hospitalización del hospital regional “Hermilio Valdizán Medrano” de Huánuco, Haciendo un total de 72 enfermeros (as).

Servicios de hospitalización del “HRHVM”	N°
Medicina	11
Cirugía	12
Unidad de cuidados intensivos (UCI)	12
Neonatología	25
Pediatría	12
TOTAL	72

FUENTE: Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano (HRHVM) - Departamento de Jefatura de Enfermería.

a) Características generales de la población

- **Criterios de inclusión.** Se incluyeron en el estudio a enfermeros (as):
 - Asistenciales de los servicios de hospitalización.
 - De ambos sexos
 - Nombrados o contratados
 - Aceptan participar en el estudio y firman el consentimiento informado.
 - Lucido; orientado en tiempo, espacio y persona (LOTEP)
- **Criterios de exclusión.** Se excluyeron del estudio a los enfermeros (as):
 - Que efectúan pasantías.
 - Con tiempo de permanencia en los servicios de hospitalización de la institución en estudio menor de un mes.
 - Que se estuvieron cubriendo vacaciones o licencia.
 - Que no concluyan con el llenado de los instrumentos en un 95%

a) Ubicación de la población en espacio y tiempo

- **Ámbito de recolección de datos.** El estudio se realizó, en los servicios de hospitalización de medicina, cirugía, pediatría, neonatología y unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, ubicado en el distrito de Huánuco, entre los jirones Hermilio Valdizán y constitución.
- **Delimitación temporal.** El estudio fue ejecutado durante los meses de enero a mayo del 2016.

3.4. Muestra y muestreo

3.4.1. Unidad de estudio: Profesionales de enfermería.

3.4.2. Unidad de información: Enfermeros (as)

3.4.3. Unidad de análisis: Cada enfermero (a)

3.4.4. Unidad de muestreo: Igual a la unidad de análisis.

3.4.5. Marco muestral: Rol de turnos de trabajo por servicio de hospitalización.

3.4.6. Tamaño de la muestra:

Debido a su población finita y reducida, el estudio consideró la población muestral ($n = 72$ profesionales de enfermería)

3.4.7. Tipo de muestreo

No se utilizó un muestro por tratarse de población muestral.

3.5. Técnicas e instrumentos utilizados en la investigación

La técnica que se utilizó para el estudio, fue la Psicometría, porque se usó un instrumento validado en la misma la misma unidad de estudio.

El instrumento documental para recolectar los datos de la variable calidad de cuidados humanizados, fue la *escala* tipo Likert, con varias opciones de respuestas y auto administrado.

Entre los instrumentos que fueron utilizados para la recolección de información, tenemos al siguiente:

3.5.1. Encuesta sobre datos sociodemográficos y laborales.

El instrumento de medición confeccionado por la autora del estudio consta de 3 dimensiones y 12 Ítems: características demográficos (edad, sexo); características sociales (estado civil, religión) y características laborales (grado académico, experiencia como profesional de enfermería, tiempo de servicio en la institución, situación laboral, servicio en el que trabaja, tiempo que lleva en el servicio, jornada laboral extra dentro y fuera del hospital).

3.5.2. Escala de Caring Efficacy Scale (CES)

Por recomendación de la Especialista Rosa Vargas, realizada durante una entrevista personal en el Hospital Es Salud, Huánuco, en el año 2014, se seleccionó como instrumento para la investigación el “Caring Efficacy Scale” (CES), que incorpora los 10 factores de cuidado de la teoría de Watson.

El instrumento principal de la investigación Caring Efficacy Scale, (CES), fue desarrollado por Carolie Coates, consultora en el área de medición y evaluación de programas en la Universidad de Colorado, Estados Unidos. Este instrumento fue diseñado para medir la confianza o percepción de autoeficacia respecto al cuidado, es decir, la capacidad que tiene la enfermera para otorgar cuidados y relacionarse con sus pacientes, se basó en la Teoría

de Autoeficacia de Bandura y en la Teoría Transpersonal del Cuidado Humano de Watson⁹⁷.

El instrumento está compuesto por 30 ítems o afirmaciones sobre la percepción de dar cuidados humanizados. A los profesionales de enfermería se les pedirá que valoren cada uno de los reactivos con una escala tipo Likert con intensidades -3 a +3, balanceados en ítems positivos y negativos: -3; Fuertemente en desacuerdo, -2; Moderadamente en desacuerdo, -1; Ligeramente en desacuerdo, +3; Fuertemente de acuerdo, +2; Moderadamente en acuerdo, 1; Ligeramente en desacuerdo.

Para evaluar, corregir y obtener una puntuación global se sumó los ítems positivos y negativos del 1 al 30 y se usó la escala de Stanino para definidos en deficiente (puntuación de 118 – 142.85); regular (puntuación de 142.86 – 163.53) y bueno (puntuación de 163.54 – 177).

El instrumento fue validado desde su creación por Carolie Coates basado en la teoría transpersonal del cuidado humano de Watson, obteniendo un coeficiente de alfa de Cronbach de 0,88. Asimismo Poblete, Valenzuela, Manuel⁹⁸ en un estudio de “Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la Teoría de Jean Watson” en 30 enfermeras chilenas obtuvieron un coeficiente de alfa de Cronbach de 0,76.

3.5.3. Validez cualitativa

3.5.3.1. Validez delfos o por jueces expertos

El instrumento de la presente investigación, se sometió a un juicio de 5 expertos especialistas en cuidados intensivos, pediátricos, proceso de atención de enfermería e investigación; con el propósito de realizar la validez

de contenido, donde por mutuo acuerdo ultimaron que el instrumento es pertinente para el estudio y mide la variable que se pretende medir.

3.5.4. Validez cuantitativa

3.5.4.1. Fiabilidad del instrumento.

Para estimar la confiabilidad del instrumento del estudio, se realizó el siguiente procedimiento:

Se efectuó una prueba piloto, tomando el 25% de la población establecida (18 profesionales de enfermería) en un establecimiento de salud “Carlos Showing Ferrari”. Asimismo, se identificaron dificultades de carácter ortográfico, palabras poco comprensibles que fueron absueltos. Para responder la escala se requirió un tiempo promedio de 15 minutos.

Se determinó la confiabilidad del instrumento, a través del coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach, lo cual nos permitió conocer el nivel de consistencia general de los resultados, agrupados en cada uno de los factores de la escala.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Estimación de la confiabilidad, por el método de consistencia interna de Alfa de Cronbach.

Escalas	n° ítems	(n = 18) α
CES	30	,875

Fuente: Prueba piloto

Con estos resultados, se concluyó que la consistencia interna en la muestra piloto para el instrumento “Caryng Efficacy Scale” o CES tiene una

confiabilidad de consistencia interna “alta respetable”, por lo cual la consideramos confiable para nuestro propósito de investigación.

3.6. Procedimientos de recolección de datos

3.6.1. Autorización

Para implementar el estudio se realizó los trámites administrativos, para lo cual se envió una carta de solicitud requiriendo asignación de trabajo de campo dirigido al Director del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, para la aprobación y autorización respectiva. Posteriormente a ello se llevó a cabo la coordinación con los jefes del servicio de hospitalización, para la aplicación del instrumento en sus respectivas áreas.

3.6.2. Capacitación

Los datos fueron recogidos únicamente por el investigador y un colaborador debidamente capacitado, para evitar los sesgos y garantizar la idoneidad y calidad de la información.

3.6.3. Aplicación de los instrumentos

Apto el proyecto de investigación y habiendo obtenido las autorizaciones del caso y contando con el instrumento válido, se procedió a ejecutar la recolección de los datos, teniendo en cuenta los documentos respaldados por el Comité Institucional de Ética como: consentimiento informado y el compromiso de confidencialidad y protección de datos. Asimismo, se tuvo en cuenta el flujograma de recolección de información, plasmados en el plan de trabajo de campo.

Las consignas dadas a los profesionales de enfermería son las que aparecieron en los propios instrumentos. En primer lugar, que no hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas, y en segundo lugar que no utilizaran demasiado tiempo en cada respuesta. Se especificó a los enfermeros (as) la autonomía, el propósito del estudio y el anonimato de los resultados.

3.7. Elaboración de los datos: se planteó las siguientes fases:

3.7.1. Revisión de los datos o control de calidad

Una vez culminado la recolección de datos, se tuvo en posesión un cierto número de datos o información, que fueron examinados de manera rigurosa y cautelosa, con la finalidad de garantizar que la información recopilada no presentes inconsistencias y que todos los ítems estén contestados adecuadamente, a de fin hacer las correcciones necesarias.

3.7.2. Codificación de los datos

Como los datos van a ser procesados, a través del paquete estadístico, se elaboró una base de datos y un sistema de códigos numéricos. Asimismo, se realizó recodificaciones de variables dependiendo del objetivo.

3.7.3. Clasificación de los datos

Todas las variables fueron recolectadas de acuerdo a su naturaleza primigenia para así evitar pérdida de información. La clasificación se realizará de acuerdo al tipo de variable, de forma categórica o numérica. Asimismo, según la escala de medición de las variables (Nominal, ordinal, intervalo o de razón).

3.7.4. Presentación de datos

Para la presentación de los datos se tuvo en cuenta las normas Vancouver. Se mostrará los datos de acuerdo al tipo de variable, a través de tablas académicas y gráficos siguiendo una secuencia lógica.

3.8. Análisis de datos

Tanto para el análisis descriptivo e inferencial se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 21.

3.8.1. Análisis descriptivo

Se utilizaron la estadística descriptiva de medidas de frecuencia absoluta y relativa para las variables categóricas; por otro lado, las variables numéricas fueron analizadas a través de las medidas de tendencia central, dispersión y posición. Además, se emplearon figuras para facilitar la comprensión en cada caso.

3.8.2. Análisis inferencial

Para poder contrastar las hipótesis descriptivas de diferencias, se usará la prueba estadística no paramétrica de Bondad de Ajuste de Chi cuadrado (χ^2) a través de un análisis estadístico univariado, con intervalos de confianza al 95% y un nivel de significancia ($p \leq 0.05$). Asimismo, para contrastar las diferencias significativas en los niveles calidad de cuidado humanizado según características se utilizó la prueba estadística paramétrica de ANOVA previa prueba de normalidad y homogeneidad de varianzas.

3.9. Aspectos éticos de la investigación

En cuanto a las consideraciones éticas se tuvo en cuenta la protección de los derechos del individuo y el balance de los beneficios y los riesgos del estudio. También se consideraron la custodia de los datos, las cuales solo fueron utilizadas con fines para el estudio de investigación. Asimismo, se tuvo en cuenta el respectivo consentimiento informado. Además, se tramitó por vía regular la autorización de la institución

CAPITULO IV

4. ANALISIS DE RESULTADOS

4.1. Resultados descriptivos

▪ Características sociodemográficas

Tabla 01. Características demográficas de los profesionales de Enfermería de los servicios de hospitalización del Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” de Huánuco, 2016.

Demográficas	(n = 72)	
	Nº	%
Género		
Masculino	7	9,7
Femenino	65	90,3
Edad*		
Adulto Joven (18-45 años)	37	51,4
Adulto Medio (46-59 años)	30	41,7
Adulto Mayor (≥ 60 años)	5	6,9
Total	72	100,0

Fuente: ENCUESTA SOBRE DATOS GENERALES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. * Clasificación de los adultos según, Robert L. Kane. Geriátrica clínica (2004)

En la tabla 01, se observa la muestra total de la población en estudio (n =72), distribuido según género y edad, siendo en su mayoría, con un 90.3% del sexo femenino y sólo el 7.9% son, característica población de los profesionales de enfermería. En cuanto a la edad, la mayoría pertenecen al grupo adulto joven con un 51.4% del total, seguido del grupo adulto medio con un 41.7%. Asimismo, hubo 5 adultos mayores dentro de la muestra.

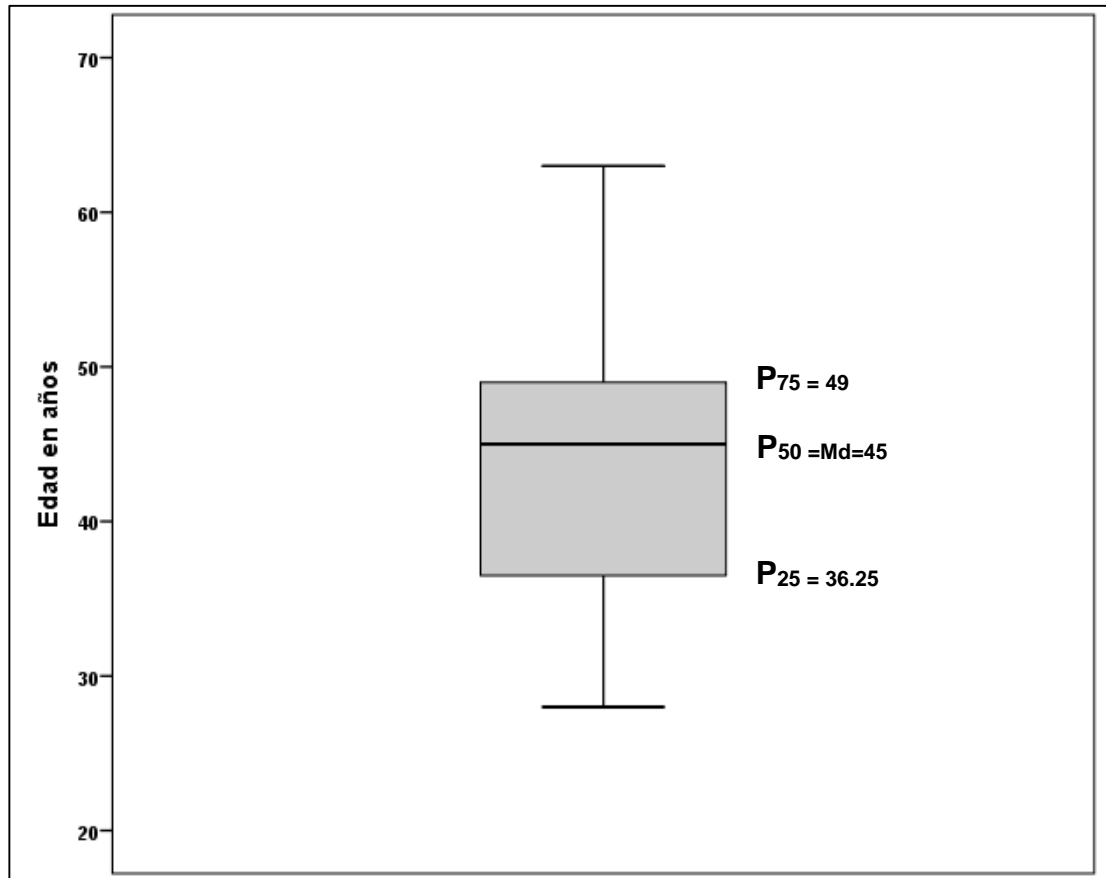


Gráfico 01. Representación de la edad en años, de los profesionales de Enfermería de los servicios de hospitalización del Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” de Huánuco, 2016.

En el diagrama de caja presentado podemos apreciar que la edad mínima y máxima es de 28 y 63 años consecutivamente; la línea negra (mediana o P₅₀) muestra que el 50% de los profesionales de enfermería de los servicios de hospitalización tienen una edad superior a 45 años y otra mitad es inferior a ese valor. Asimismo, se determinó que el promedio de edad es de 43,49 años con una \pm DE 8,617. También se observa una distribución asimétrica entre el P₂₅ y P₇₅.

Tabla 02. Características sociales de los profesionales de Enfermería de los servicios de hospitalización del Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” de Huánuco, 2016.

Sociales	(n = 72)	
	N°	%
Estado civil		
Soltera (o)	17	23,6
Conviviente	7	9,7
Casado	46	63,9
Divorciada (o)	2	2,8
Viuda (o)	0	0,0
Religión		
Católico	69	95,8
Evangélico	3	4,2
Total	72	100,0

Fuente: ENCUESTA SOBRE DATOS GENERALES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.

En la tabla se muestra que la distribución según estado conyugal favorece a las personas casadas, las que representan el 63.9% [46] de total, seguido de los solteras(os), cuya proporción es de 23,6%. Asimismo, no se registraron profesionales de enfermería con estado civil viudo(a). En relación a la distribución de la religión que profesan los profesionales de enfermería de los servicios de hospitalización el 95.8% son católicos y sólo el 4.2% son evangélicos.

- **Características profesionales**

Tabla 03. Características profesionales sobre el grado académico y situación laboral del enfermero(a) de los servicios de hospitalización del Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” de Huánuco, 2016.

Profesionales	(n = 72)	
	Nº	%
Grado académico		
Sin grado	19	26,4
Magister	52	72,2
Doctor	1	1,4
Situación laboral		
Nombrado	48	66,7
Contratado	24	33,3
Total	72	100,0

Fuente: ENCUESTA SOBRE DATOS GENERALES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.

Según la presente tabla, el 72.2% de los enfermeros son Magister, el 26.4% no tienen ningún grado académico, sólo son licenciados en enfermería y un licenciado tiene grado de Doctor. Por otro lado, en cuanto a la situación laboral el 66.7% (48) son nombrados y el 33.3% (24) tienen la modalidad de contrato.

Tabla 04. Descripción cuantitativa de la experiencia laboral en años de los profesionales de enfermería de los servicios de hospitalización del Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” de Huánuco, 2016.

Variable	(n = 72)					
	Media	±DE	M _d	M _o	Min.	Max.
Experiencia laboral	17,11	8,423	18,00	20	4	40

Fuente: Encuesta sobre datos generales del profesional de enfermería. M_d: Mediana M_o: Moda Min: Mínimo Max.: Máximo

De acuerdo a tabla, observamos que el promedio de años de experiencia laboral que tiene los licenciados en enfermería fue de 17.11 años con una \pm DE 8,423; siendo los años de experiencia mínima de 4 años y máxima 40 años. Asimismo, la mitad de los licenciados tienen una antigüedad laboral mayor a 18 años; y la otra mitad inferior a este valor. Los años de experiencia que más tienen son 20 años.

Tabla 05. Experiencia laboral en años de los profesionales de enfermería de los servicios de hospitalización del Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” de Huánuco, 2016.

Experiencia profesional	(n = 72)	
	N°	%
4-9	19	26,4
10-15	12	16,7
16-20	16	22,2
21-25	13	18,1
26-30	9	12,5
31-35	1	1,4
36-40	2	2,8
Total	72	100,0

Fuente: Encuesta sobre datos generales del profesional de enfermería.

En la siguiente tabla se muestra que el 26.4% de los profesionales de enfermería de los servicios de hospitalización tienen una experiencia laboral entre 4 a 9 años, seguido de 16 a 20 años con un 22.0% y 21 a 25 años con 18.1% sin una diferencia significativa entre ellos ($p=0.570$). Asimismo, hubo un 4.2% de licenciados con experiencia laboral mayor de 30 años.

Tabla 06. Descripción cuantitativa del tiempo de servicio en la institución en años de los profesionales de enfermería de los servicios de hospitalización del Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” de Huánuco, 2016.

Variable	(n = 72)					
	Media	±DE	M _d	M _o	Min.	Max.
Tiempo de servicio en el Hospital “HVM”	13,97	7,700	16,00	5	0	30

Fuente: Encuesta sobre datos generales del profesional de enfermería. M_d: Mediana M_o: Moda Min: Mínimo Max.: Máximo

En la tabla podemos apreciar que el tiempo de servicio que lleva un profesional de enfermería en el hospital Hermilio Valdizán Medrano va desde menos de 1 año hasta 30 años; asimismo la mitad de los profesionales tienen un tiempo de servicio en el hospital superior a 16 años y otra mitad inferior a dicho valor. Además, el tiempo promedio de servicio en el hospital fue de 13,97 años con \pm DE 7,700. El tiempo en años que más vienen trabajando dentro del hospital es 5 años.

Tabla 07. Descripción cuantitativa del tiempo que lleva en el servicio o área en la institución los profesionales de enfermería de los servicios de hospitalización del Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” de Huánuco, 2016.

Variable	(n = 72)					
	Media	±DE	M _d	M _o	Min.	Max.
Tiempo que lleva en el servicio o área (años)	6,092	3,935	5,150	3,5	0,1	13.6

Fuente: Encuesta sobre datos generales del profesional de enfermería. M_d: Mediana M_o: Moda Min: Mínimo Max.: Máximo

En la tabla podemos apreciar que el tiempo que un licenciado de enfermería permanece en su servicio o área va desde 1 mes hasta 13.6 años; asimismo el 50% tienen un tiempo en su servicio superior a 5,150 años y otra mitad inferior a dicho valor. También, en promedio 6,092 años con \pm DE 3,935 es el tiempo que los enfermeros (as) tienen de permanencia en su servicio.

Tabla 08. Descripción de las características profesionales de los enfermeros (as) de los servicios de hospitalización del Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” de Huánuco, 2016.

Profesionales	(n = 72)	
	N°	%
Jornada laboral extra en el hospital		
Si	1	1,4
No	71	98,6
Trabajos fuera del hospital		
Si	25	34,7
No	47	65,3
Total	72	100,0

Fuente: Encuesta sobre datos generales del profesional de enfermería.

La tabla nos muestra que el 98.6% de los profesionales de enfermería no realizan horas extras de trabajo en el hospital y sólo un licenciado realiza dicha acción. Por otro lado, el 65.3% de licenciados no tienen trabajos fuera del hospital y el 34.7% si tienen.

- **Cuidados humanizados**

Tabla 09. Calidad de cuidados humanizados que brinda el profesional de enfermería en los servicios de hospitalización de un hospital público de Huánuco, 2016.

Calidad de cuidados humanizados	(n = 72)	
	N°	%
Bueno	35	48,6
Regular	11	15,3
Deficiente	26	36,1
Total	72	100,0

Fuente: Instrumento N° 02 "CARING EFFICACY SCALE"

Respecto al nivel de cuidados humanizados que brinda el profesional de enfermería según percepción del propio profesional en los servicios de hospitalización del Hospital Regional "Hermilio Valdizan Medrano" de Huánuco se hallaron que un 48.6% perciben como bueno o favorable sus cuidados, seguido de una calidad de cuidados deficiente con un 36.1%. Asimismo, un 15.3% perciben como regular sus cuidados humanizados.

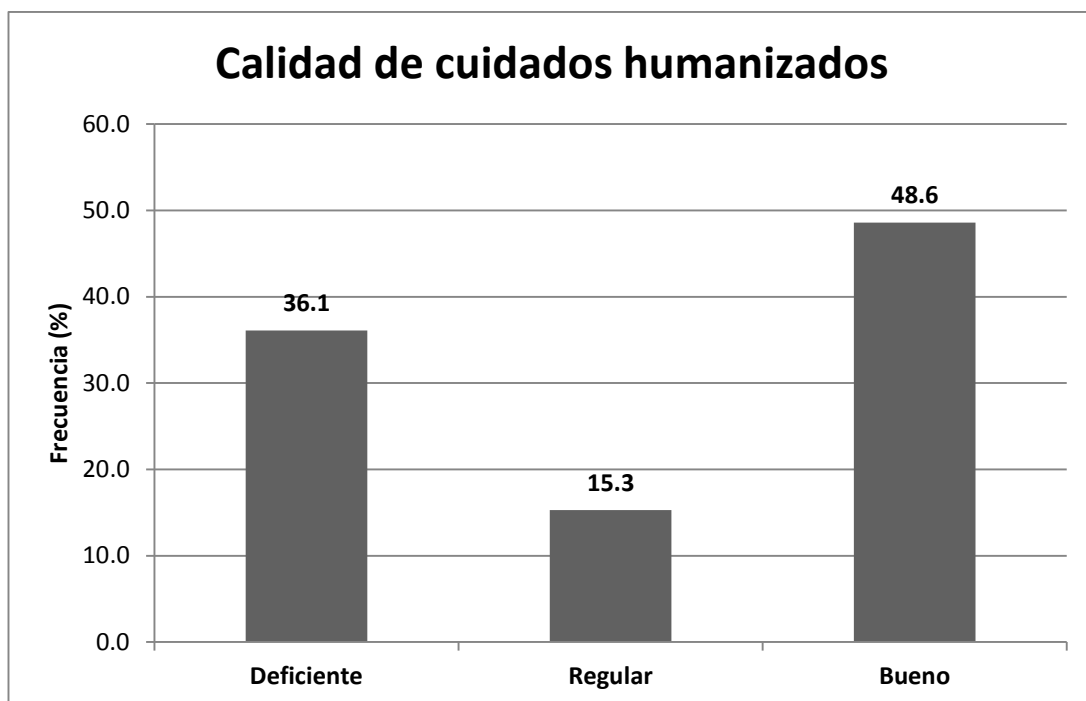


Grafico 02. Representación del nivel de calidad de cuidados humanizados que brinda el profesional de enfermería en los servicios de hospitalización de un hospital público de Huánuco, 2016.

La presente figura, respecto al nivel de cuidados humanizados, muestra que un 48.6% tiene una percepción buena en relación al cuidado humanista que brinda a sus pacientes. Asimismo, también se evidencia que un 36.1% de licenciados tienen una percepción deficiente del cuidado humanista y holístico que ofrece a sus usuarios.

Tabla 10. Calidad de cuidados humanizados, según servicios o áreas que brinda el profesional de enfermería en los servicios de hospitalización de un hospital público de Huánuco, 2016.

Cuidados humanizados	Servicio o área en el que trabaja									
	Medicina		Pediatría		Cirugía		Neonatología		UCI	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Deficiente	7	63.6	6	50,0	3	25,0	8	32,0	2	16,7
Regular	2	18.2.	2	16,7	3	25,0	4	16,0	0	0,0
Bueno	2	5.7	4	33,3	6	33,3	13	52,0	10	83,3
Total	11	100.0	12	100	12	100	25	100	12	100

Fuente: Instrumento N° 02 "CARING EFFICACY SCALE"

En la tabla podemos observar el nivel de cuidados humanizados según unidades hospitalarias y los resultados nos muestran que en el servicio de medicina y pediatría existe un déficit de cuidado humanista alcanzando un 63.6% y 50.0% del total de la muestra del servicio. Los profesionales del servicio de cirugía y neonatología perciben como bueno o favorable los cuidados humanizados que brindan a sus pacientes con un 33.3% y 52.0% consecutivamente. Asimismo, en el servicio de unidad de cuidados intensivos (UCI) se aprecia una contundente percepción favorable con un 83.3% sobre cuidado humanizado que ofrecen.

Tabla 11. Calidad de cuidados humanizados, según edad que brinda el profesional de enfermería en los servicios de hospitalización de un hospital público de Huánuco, 2016.

Nivel de cuidados humanizados	Grupo del adulto							
	Adulto joven		Adulto medio		Adulto mayor		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Deficiente	12	32.4	12	40,0	2	40,0	26	36,1
Regular	8	21.6	3	10,0	0	0,0	11	15,3
Bueno	17	45.9	15	50,0	3	60,0	35	48,6
Total	37	100.0	30	100	5	100	72	100

Fuente: Instrumento N° 02 "CARING EFFICACY SCALE"

En la tabla podemos apreciar el nivel de cuidados humanizados según edad y los resultados nos muestran que el profesional de enfermería del grupo adulto joven, medio y mayor brindan un cuidado humanizado con un 45.9%, 50.0% y 60.0% respectivamente sin una diferencia significativa entre ellos ($p=0.368$). Lo que nos indica que a medida que aumenta la edad, el buen cuidado humanístico que brindan los licenciados en el hospital "HVM" de Huánuco no cambia.

Tabla 12. Descripción cuantitativa de la calidad de cuidados humanizados, según edad del profesional de enfermería en los servicios de hospitalización de un hospital público de Huánuco, 2016.

Experiencia laboral	Cuidados humanizados			
	X	±DE	Min.	Max.
4-9	155.47	13.574	120	177
10-15	154.08	10.967	129	164
16-20	144.56	14.241	118	173
21-25	158.38	12.534	132	173
26-30	155.22	15.295	128	175
31-35	137.00		137	137
36-40	160.50	.707	160	161

Fuente: Instrumento N° 02 "CARING EFFICACY SCALE"

En esta tabla se observa intervalos de la experiencia laboral y percepción de autoeficacia en el cuidado humanizado. Se destaca que los profesionales de enfermería con experiencia de 36 a 40 años tienen un promedio mayor que el resto, siendo las que presentan el promedio menor en el CES, el intervalo de experiencia de 31 a 35 años.

4.2. Análisis inferenciales

Tabla 13. Comparación de percepción de autoeficacia que brindan el profesional de enfermería en los servicios de hospitalización de un hospital público de Huánuco, 2016.

Cuidados humanizados	f	%	χ^2	p-valor
Deficiente	26	36,1	12,250	,002
Regular	11	15,3		
Bueno	35	48,6		
Total	37	100.0		

Fuente: Tabla N° 09

Respecto a la percepción de autoeficiencia en el cuidado humanizado que ofrecen los profesionales de enfermería de los servicios clínicos del Hospital Regional “Hermilio Valdizan Medrano” de Huánuco se encontraron que con una probabilidad de error del 0,2% el nivel de calidad de cuidados humanizados que brindan es diferente, es decir que se rechaza la hipótesis nula que reza que los niveles de cuidados humanizados son iguales.

Tabla 14. Comparación de percepción de autoeficacia en el cuidado humanizado según servicios, que brindan el profesional de enfermería en los servicios de hospitalización de un hospital público de Huánuco, 2016.

Servicios clínicos	n°	X	F	p-valor
Medicina	11	147,82		
Cirugía	12	150,92		
Pediatría	12	147,17	2,130	,087
Neonatología	25	156,92		
UCI	12	158,67		
Total	72	153,19		

Fuente: Instrumento N° 02 "CARING EFFICACY SCALE"

En esta tabla se observa a la muestra de profesionales de enfermería distribuidas por servicios en la que trabajan y los resultados obtenidos en el Caring Efficacy Scale. El promedio mayor en percepción de autoeficacia para realizar cuidados humanizados lo muestran, los licenciados que trabajan en el servicio de unidad de cuidados intensivos (UCI), seguidos por neonatología y cirugía respectivamente. Los promedios bajos lo presentan los enfermeros (as) que trabajan en medicina y pediatría. El análisis inferencial nos exhibe que no existe diferencia en la percepción de autoeficiencia para brindar cuidados humanizados según servicios clínicos ($p=0,087$). Es decir, se acepta la hipótesis nula que afirma que no existe diferencia en los niveles de calidad de cuidados humanizados que brindan según *servicios de hospitalización*.

Tabla 15. Comparación de percepción de autoeficacia en el cuidado humanizado según grupo de edad, que brindan el profesional de

enfermería en los servicios de hospitalización de un hospital público de Huánuco, 2016.

Grupos del adulto	n°	X	F	p-valor
Adulto Joven (18-45 años)	37	153.81		
Adulto Medio (46-59 años)	30	152.20	0,138	,872
Adulto Mayor (≥ 60 años)	5	154.60		
Total	72	153.19		

Fuente: Tabla N° 01

En esta tabla se observa a la muestra de profesionales de enfermería distribuidas por servicios según grupo de edad del adulto y los resultados obtenidos en el Caryng Efficacy Scale. El promedio mayor en percepción de autoeficacia para realizar cuidados humanizados lo muestran, los adultos mayores, seguidos del adulto joven y medio respectivamente. El análisis inferencial exhibe que no existe diferencia en la percepción de autoeficiencia para brindar cuidados humanizados según la edad ($p=0,872$). Es decir, se acepta la hipótesis nula que afirma que no existe diferencia en los niveles de calidad de cuidados humanizados que brindan según *edad*.

Tabla 16. Comparación de percepción de autoeficacia en el cuidado humanizado según experiencia laboral, que brindan el profesional de enfermería en los servicios de hospitalización de un hospital público de Huánuco, 2016.

Servicios clínicos	n°	X	F	p-valor
4-9	19	155.47		
10-15	12	154.08		
16-20	16	144.56		
21-25	13	158.38	1,948	,086
26-30	9	155.22		
31-35	1	137.00		
36-40	2	160.50		
Total	72	153,19		

Fuente: Tabla N° 12

En esta tabla se observa a la muestra de profesionales de enfermería distribuidas por intervalos de experiencia laboral y los resultados obtenidos en el Caring Efficacy Scale. El promedio mayor en percepción de autoeficacia para realizar cuidados humanizados lo muestran, los profesionales con 36 a 40 años de experiencia, seguidos de los licenciados con 21 a 25 años y 4 a 9 años respectivamente en orden decreciente. Los promedios bajos lo presentan los enfermeros (as) con 31 a 35 años de experiencia. El análisis inferencial nos exhibe que no existe diferencia en la percepción de autoeficiencia para brindar cuidados humanizados según años de experiencia ($p=0,086$). Es decir, se acepta la hipótesis nula que afirma que no existe diferencia en los niveles de calidad de cuidados humanizados que brindan según *experiencia laboral o profesional*.

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN

5.1. Discusión de resultados

Este estudio de nivel descriptivo comparativo, de diseño transversal y con carácter temporal prospectivo, tuvo como objetivo principal determinar la percepción de autoeficacia para realizar cuidados humanizados, es decir, medir la calidad del cuidado humanista que ofrecen a sus usuarios desde su misma percepción, ya que desde la visión humanista, el cuidado no sólo requiere que la profesional de enfermería sea científico, académico y clínico, sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos¹⁰¹.

Dentro de las limitaciones del estudio podemos citar, que, a pesar de asegurar la confidencialidad de los datos brindados, pudiera existir un sesgo ya que muchas de los profesionales podrían minimizar o “dar su mejor respuesta”. Para evitar dicho sesgo, la recolección de datos fue realizado por personas desconocidas para los profesionales y previamente entrenados para estandarizar los procedimientos de recolección de datos. Además, un gran número de los licenciados desistieron firmar el consentimiento informado a pesar de responder la totalidad del cuestionario aduciendo que no era necesario ya que no pone en riesgo su integridad de manera directa. Por otro lado, su escaso uso del instrumento CES a nivel nacional y local podría considerarse una limitante.

Ante la posibilidad de errores o dificultad en el cumplimiento del llenado de la escala, los encuestadores comprobaron que se hayan cubierto la

totalidad de los datos y, asimismo, ayudaron al profesional en caso de que existan problemas para completarlos, en los términos acordados.

Los resultados de la presente investigación, fueron obtenidos a través de la técnica de la psicometría, quedando registro por medio del llenado del cuestionario tipo escala tipo Likert. Asimismo, este método utilizado tiene la ventaja que es autoadministrado y que no sólo es usado por personas especialistas o de la misma línea de investigación.

Es importante remarcar que los niveles de fiabilidad por consistencia interna del instrumento "Caring Efficacy Scale" o CES son semejantes a los obtenidos originalmente por Carolina Coates. Estos valores, dan garantía de la fiabilidad del instrumento, en cuanto a su uso para el presente estudio.

La decisión metodológica de usar el "CES" tiene 3 alcances importantes a) Se basa en la Teoría del cuidado transpersonal de Watson con alcance humanista y holístico, b) se realiza un alejamiento de la herramienta tradicionalmente usado para medirlo, desde la percepción del propio paciente, y c) se utilizó un instrumento hecho específicamente para el profesional de enfermería.

Los resultados obtenidos corresponden en efecto, al ámbito de estudio, pudiendo generalizarse sólo para los profesionales de enfermería del hospital "Hermilio Valdizán Medrano" de Huánuco, debido al nivel de estudio.

Es así, que el estudio halló, que el 48.6% de profesionales de enfermería que trabajan en los servicios clínicos asistenciales tienen una percepción de autoeficacia para realizar cuidados humanizados de un nivel bueno o favorable con diferencias significativas del nivel regular y deficiente. Por lo tanto, los resultados nos conducen a rechazar la hipótesis de trabajo (H_0) que sustentaba que no existía diferencia en el nivel del cuidado humanista. Al respecto Poblete¹⁰² en su estudio "Cuidado humanizado: percepción de autoeficacia en

enfermeras académicas y asistenciales” encontraron que las enfermeras (os), independiente del ámbito institucional en que trabajan se perciben con capacidades similares para efectuar una práctica humanizada, ética y centrada en la persona; estos resultados se apoyan y a la vez son congruentes con la teoría Transpersonal del Cuidado Humano de Watson¹⁰³ que señala que el cuidado es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de emociones compartidas entre el profesional de enfermería y el paciente. Es así que el cuidado tiene una dimensión espiritual y una abierta evocación de amor a esta acción. Para esta, el acto de cuidar debe ser amplio, sanador del espíritu y el cuerpo.

Un estudio de nivel internacional sobre la “percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias efectuado por Gonzales, Quintero¹⁰⁴ encontraron que un 73% de pacientes siempre percibieron el cuidado humanizado por el profesional de enfermería. Es así que apoya nuestros resultados al coincidir que la mayor proporción de enfermeros tienen una percepción de autoeficiencia de ofrecer cuidados humanizados en un nivel alto.

El hallazgo encontrado en el estudio, propone que el cuidado humano se basa en la reciprocidad con una calidad única y auténtica. Como postula Watson¹⁰⁵ que la enfermera (o) es la llamada a ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo. Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como copártcipe en las transacciones de cuidados humanos.

En sentido adverso a nuestro resultado Gutiérrez et al.¹⁰⁶ en su estudio del rol de enfermería observaron que las enfermeras presentaban solo satisfacción con actividades derivadas del diagnóstico y tratamiento médico (técnicas) y no de acciones que corresponden al proceso de atención de enfermería u otras del rol independiente.

Igualmente, dos estudios nacionales sobre la calidad del cuidado del enfermero realizado por Monchón, Montoya¹⁰⁷, Romero¹⁰⁸ concluyen con resultados de percepción desfavorable en cuanto al nivel de calidad del cuidado enfermero. Es así que el 64.8% tuvieron un nivel de calidad de atención bajo; y sólo alcanzó un 5.6% el nivel de calidad alto. Asimismo, Romero encontró una percepción medianamente desfavorable con tendencia a desfavorable (56.67%), debido que el paciente manifiesta que la enfermera se muestra insensible ante el dolor, despreocupación frente a sus necesidades, falta de amabilidad al atenderlo, despreocupación frente a la invasión de la privacidad, falta de cortesía ya que las enfermeras no lo saludan, no les dicen cómo se llaman, no los llaman por su nombre, muestran indiferencia por el ambiente de la unidad así como por los ruidos que dificultan su descanso y el desinterés por su alimentación. Pero también encontraron un porcentaje considerable (43.33%) de pacientes que perciben la calidad de la atención como favorable y medianamente favorable lo cual muestra que en el servicio de medicina hay enfermeras que realizan su trabajo con dedicación y esmero.

Por otro lado, en nuestro estudio de halló que un 36.1% [26] de profesionales de enfermería del hospital que trabajan en los servicios de hospitalización tienen una percepción de autoeficacia para realizar cuidados humanizados en un nivel deficiente o desfavorable, resultado no tan alentador para la profesión de enfermería, teniendo presente que el enfermero (a) debe tener una visión humanista y holístico al momento de brindar los cuidados. Por

lo tanto, se infiere que el enfermero (a) asistencial del ambiente hospitalario que se encuentra en esa proporción, está impregnado por el modelo biomédico en la que se reduce lo humano a lo biológico y el profesional de enfermería realiza sus cuidados de forma mecanizada y se olvida del aspecto humano. Al respecto Monticelli, Elsen¹⁰⁹ señalan que cuidado holístico en los servicios de salud se ha visto dificultado por esta visión biomédica de la salud, determinado que enfermería concibe la realidad dentro de los parámetros de la biomedicina, en donde el cuidado es concebido a partir de normas, expedientes, rutinas y patrones de conductas desde que las familias entran a los centros de salud.

De manera concluyente, los resultados representan un logro para la profesión y profesionales de la institución ámbito de estudio, siendo necesario reconocer en ello, el aporte y trabajo de diversos sectores de la enfermería: el proveniente del espacio académico al considerar la visión holística y humanista del cuidado en nuestra disciplina como eje central en la formación de las estudiantes de enfermería, incorporando teorías de la comunicación transpersonal, considera claves en el cuidado.

Al establecer la inferencia comparativa del nivel de cuidados humanizados según servicios clínicos, edad y años de experiencia no se encontró diferencias significativas al menos en el estudio. Sería necesario plantear estudios con otros diseños.

Futuras investigaciones podrían orientarse a estudios sobre factores que conllevan a la deshumanización de los cuidados de enfermería ya que la visión biomédica de los sistemas de salud esta enquistados en casi todos los profesionales de la salud y especialmente en los asistenciales, cuya influencia negativa se modela en la satisfacción de los pacientes.

Bajo este panorama y a modo de síntesis, que a pesar que los resultados son favorables para el cuidado humanizado, existe todavía la necesidad de buscar el significado que tiene el cuidado en los profesionales de enfermería y que los aspectos deficientes como es centrar el cuidado en el paciente y que este sea un cuidado humanizado se incorporen a la práctica diaria.

CONCLUSIONES

- El nivel de calidad de cuidados humanizados según percepción del propio profesional de enfermería está en un nivel bueno con un 48.6% y con una diferencia estadísticamente significativa del nivel regular y deficiente ($p=0,002$)
- En el servicio de medicina, pediatría, cirugía y neonatología por separados el nivel de cuidados humanizados no es diferente estadísticamente ($p>0,05$).
- En el servicio de unidad de cuidados intensivos (UCI) el nivel de cuidados humanizados es diferente ($p=0,021$) o bueno con un 83.3%.
- El análisis inferencial de comparación de medias se concluye que no existe diferencia en la percepción de autoeficiencia para brindar cuidados humanizados según servicios clínicos ($p=0,087$)
- El análisis inferencial comparación de medias no existe diferencia en la percepción de autoeficiencia para brindar cuidados humanizados según la edad ($p=0,872$)
- El análisis inferencial comparación de medias no existe diferencia en la percepción de autoeficiencia para brindar cuidados humanizados según años de experiencia ($p=0,086$)

RECOMENDACIONES

A partir de las aseveraciones arribadas en la presente investigación podemos destacar las siguientes implicaciones y sugerencias.

A Las Autoridades del hospital y otras instituciones

- Actualización permanente del profesional de enfermería en la humanización de los cuidados de enfermería y en el manejo biomédico de las patologías para así innovar el cuidado de enfermería y hacer frente a la rutina o monotonía.
- Potenciar la formación de estudiantes universitarios con visión humanista.
- A nivel organizacional desarrollar un equipo de profesionales expertos en el tema de la humanización de la atención en salud.
- Al colegio de enfermeros de Huánuco (CEP) como representante legal de los profesionales de enfermería del ámbito, fomentar la capacitación en temas humanización de cuidados.

A los Licenciados de Enfermería

- Que el personal de Enfermería de los servicios de hospitalización elabore guías de procedimientos orientados a mejorar la calidad de atención que brinda.
- A los docentes formar estudiantes de enfermería con visión humanista en los cuidados de enfermería.
- Continuar profundizando en el cuidado a través de estudios cualitativos que permitan visualizar el significado del cuidado en las enfermeras para comprender con mayor profundidad la temática.

A la comunidad científica

- A los académicos desarrollar estudios dentro de la misma línea de investigación de mayor nivel.
- Realizar estudios sobre motivación y formas de comunicación más efectivas para el trato con los pacientes, orientado a mejorar la calidad de atención al paciente.
- Desarrollar investigaciones de cuidados humanizados desde la percepción del profesional de enfermería y el propio paciente.
- Realizar estudios similares al presente, utilizando enfoques cualitativos para poder profundizar más en el tema.
- Se recomienda la ejecución de otros trabajos similares al estudio, con mayor rigor metodológico tanto en el nivel de investigación, el diseño, el tamaño de la muestra y el análisis descriptivo e inferencial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Huercanos I. El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. [Internet]. 2008; 6(1): 10-29. Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0510.php>.
2. Watson J. Enfermería: La filosofía y la ciencia del cuidado. Colorado: Colorado Associated University Press; 1985. Citado por: Poblete M, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul Enferm [internet]. 2007; 20(4)499-503 [consultado 2015 Ene 01]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>
3. Poblete M, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul Enferm [internet]. 2007; 20(4)499-503 [consultado 2015 Ene 01]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>
4. Watson J. Ponencia del primer Congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. [acceso: 18 de junio 2009]. Disponible en: http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson. Citado por: Revista Actualizaciones en Enfermería. 2007; 10(4): 15-21. Citado por: Ceballos PA. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. Ciencia y Enfermería [internet]. 2010; 16 (1): 31-35 [consultado 2015 Ene 01]. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n1/art_04.pdf
5. Álvarez O, Román G. Sensibilidad. Valor condicional del Equipo de Salud para el Cuidado humano. Revista on Line [internet]. 2008; 9(4): 40-55 [consultado 2015 Ene 01]. Disponible en: <http://portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1187/1/Sensibilidad-Valor-condicional-del-Equipo-de-Salud-para-elCuidado-humano.html>
6. Gutiérrez MP, Núñez ER, Rivera CL. Características del rol en el profesional de enfermería intrahospitalario. Enfermería [internet]. 2002; 37(120): 29-33. [consultado 2015 Ene 01]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>
7. Poblete M, Valenzuela S. Op.cit., p. 502.
8. Romero E, Contreras I, Pérez Y, Moncada A, Jiménez V. Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados. Cartagena. ISSN [internet]. 2013; 4(1): 2215-7840. [consultado 2015 Ene 06]. Disponible en: <http://www.revistacienciasbiomedicas.com/index.php/revcienciabiomed/articulo/view/252/197>
9. Rivera LN, Triana A. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de Enfermería en la Clínica del Country. Rev. Av. Enferm [internet]. 2007; 25(1):54 – 66. [consultado 2015 Ene 06]. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv1_5.pdf
10. Espinoza L, Barrenechea K, Pantoja J, Velásquez W, Cubas D, Ramos A. El cuidado humanizado y la percepción del paciente. 2010. [Consultado 02 de febrero de 2013] http://www.uap.edu.pe/Investigaciones/Esp/Revista_13_Esp_05.pdf

11. González J, Quintero D. Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de gineco-obstetricia de una institución de II y III nivel de atención [Tesis para optar el título de Licenciado en enfermería] Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 2009.
12. Monchón Palacios PA, Montoya García YY. Nivel de calidad del cuidado enfermero desde la percepción del usuario. [Para optar el título de: licenciado en enfermería]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2013
13. Huatuco Henríquez GJ. Calidad del Cuidado de Enfermería y el grado de satisfacción según percepción del paciente. [Para optar el Grado de Licenciatura en Enfermería]. Lima: Universidad Ricardo Palma Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza; 2008.
14. Gonzales Gutiérrez JG. Nivel de Satisfacción de los pacientes adultos mayores del servicio de medicina respecto a la atención de enfermería del Hospital regional Hermilio Valdizán Medrano 2011. Disponible en: <http://delbensayos.com/temas-variados/niveldesatisfacciónc3>.
15. Ruiz Aquino M, Medina Castañeda PA, Ambrosio Venegas R. Satisfacción del paciente post operado frente a los cuidados de enfermería en el Servicio de Cirugía del Hospital Tingo María. []. Tingo: ; 2011.
16. Balanza N. El significado del cuidado de enfermería en la perspectiva del paciente adulto hospitalizado *Cienc. Enferm.* 1997; 3(1):59-68. Citado por: Poblete M, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm [internet]*. 2007; 20(4)499-503 [consultado 2015 Ene 01]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>
17. Ceballos PA. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. *Ciencia y Enfermería [internet]*. 2010; 16 (1): 31-35 [consultado 2015 Ene 01]. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n1/art_04.pdf
18. Monticelli M, Elsen I. El hospital como una “realidad clínica: una comprensión a partir del encuentro entre trabajadoras de enfermería y familias de un servicio de alojamiento conjunto. *Horiz Enferm.* 2004; 15:37-52. Citado por: Poblete M, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm [internet]*. 2007; 20(4)499-503 [consultado 2015 Ene 01]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>
19. Casate JC, Correa AK. Cuidado humanizado en salud. *Rev. Latino.am.* 2005; 13(1):105 - 11. Citado por: Josiane M, Dirce B, Renata C, Alacoque E, Gelson A. Resignificando la humanización desde el cuidado en el curso de vivir humano. *Rev. Enferm [internet]*. 2008; 16(2):276-81. [consultado 2015 Ene 01]. Disponible en: <http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a22.pdf>
20. Gutiérrez MP, Núñez ER, Rivera CL. *Op.cit.*, p. 30.
21. Guillaumet M, Fargues I, Subirana M, Bros M. Teoría del cuidado humano: un café con Watson. *Metas de enfermería.* 2005; 8(2): 28-32. Citado por: Ceballos PA. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. *Ciencia y Enfermería [internet]*. 2010; 16 (1): 31-35

- [consultado 2015 Ene 01]. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n1/art_04.pdf
22. Rubio L, Cosi M, Martínez C, Miró A, Sans L. Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de cuidados intensivos. *Enferm. intensiva*. 2006; 17(4):141-153. Citado por: Ceballos PA. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. *Ciencia y Enfermería [internet]*. 2010; 16 (1): 31-35 [consultado 2015 Ene 01]. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n1/art_04.pdf
 23. Ministerio de Salud. Norma técnica de los servicios de Emergencia de hospitales del sector salud. Dirección general de salud de las personas y dirección ejecutiva de servicios de salud NT N° MINSA / DGSP V.01. PERU; 2004.
 24. Márquez S. Citada por: Moreno M, Alvis T y Muñoz S. Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización. En: *El arte y la ciencia del cuidado*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Unibiblos, 2002: pag.207-216.
 25. Watson J. *Filosofía y teoría de los cuidados humanos*. 3 ed. California: Universidad de Colorado; 1999. Citado por: Romero E, Contreras I, Pérez Y, Moncada A, Jiménez V. Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados. *Cartagena. ISSN [internet]*. 2013; 4(1): 2215-7840. [consultado 2015 Ene 06]. Disponible en: <http://www.revistacienciasbiomedicas.com/index.php/revcienbiomed/article/view/252/197>
 26. Watson J. *Op.cit.*, p. 33.
 27. *Ibíd.*, p. 32.
 28. Beltrán Beltrán C, López Alba LC, Ramírez Castillo AM, Vallejo Pazmiño Y. *Cuidados de Enfermería humanizados en el servicio de urgencias*. [Para optar el título de licenciado en enfermería]. Colombia: Fundación Universitaria Ciencias de La Salud ; 2009.
 29. Poblete Troncoso MC. *Cuidado humanizado: percepción de autoeficacia en enfermeras académicas y asistenciales* [Para optar al grado de Doctor en enfermería]. Chile: Universidad de Concepción Dirección de Postgrado. Programa Doctorado en Enfermería; 2009.
 30. Cardona L, Silva L. *Relación entre la percepción de los comportamientos de cuidado de los pacientes y la del personal de enfermería de la unidad de cuidado intensivo del Hospital Santa Clara*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2007.
 31. Da Silva L, Coelho M, De Lima C, Silva de Souza P. *Cuidado de enfermería: su sentido para enfermeras y pacientes*. *Revista de Enfermería*, Octubre, 22-27.
 32. Poblete M, Valenzuela S, Manuel Merino. Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la Teoría de Jean Watson. *AQUICHAN – ISSN [internet]*. 2012; 12(1): 8-2. [consultado 2015 Feb 10]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n1/v12n1a02>
 33. Monchón Palacios PA, Montoya García YY. *Nivel de calidad del cuidado enfermero desde la percepción del usuario*. [Para optar el título de:

- licenciado en enfermería]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2013
34. Huatuco Henrriquez GJ. Op.cit., p. 38.
 35. Lupaca Layme PS. Percepción del usuario sobre la calidad de atención en el cuidado de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo. [Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Emergencias y Desastres]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2013.
 36. Ramos Pari SK. Percepción del paciente sobre la calidad de relación interpersonal enfermería – paciente, en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. [Para optar el Título de Especialista en Enfermería Oncológica]. Lima: UNMSM; 2010.
 37. Gonzales Gutiérrez JG. Op.cit., p. 20.
 38. Ruiz Aquino M, Medina Castañeda PA, Ambrosio Venegas R. Op.cit., p. 28.
 39. Watson J. Enfermería: Ciencia y cuidados humanos. Una teoría de Enfermería. Citado por: Urra E, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Ciencia y Enfermería [internet]. 2011; 17 (3): 11-22. [consultado 2015 Ene 01]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cient/v17n3/art02.pdf>
 40. Merton R. Teoría y estructuras sociales. México, D.F: Editorial Fondo de Cultura Económica. Citado por: Poblete Troncoso MC. Cuidado humanizado: percepción de autoeficacia en enfermeras académicas y asistenciales [Para optar al grado de Doctor en enfermería]. Chile: Universidad de Concepción Dirección de Postgrado. Programa Doctorado en Enfermería; 2009.
 41. Bandura A. La autoeficiencia percibida. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 1995; 26 (3): 179-190.
 42. Parsons T. El sistema social. Madrid: Alianza; 1999.
 43. Malvárez S. El reto de cuidar en un mundo globalizado. Texto & Contexto Enfermagem. 2007; 16(3):520-10. Citado por: Vélez C, Vanegas JH. El cuidado en enfermería, perspectiva fenomenológica. Hacia la Promoción de la Salud [internet]. 2001; 16(2): 175-189. [consultado 2015 Ene 10]. Disponible en: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista16\(2\)_13.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista16(2)_13.pdf)
 44. Real Academia de la Española. Diccionario Enciclopédico Universal. España; 1998.
 45. Vélez C, Vanegas JH. El cuidado en enfermería, perspectiva fenomenológica. Hacia la Promoción de la Salud [internet]. 2001; 16(2): 175-189. [consultado 2015 Ene 10]. Disponible en: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista16\(2\)_13.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista16(2)_13.pdf)
 46. Medina Araújo B. Cuidado de sí, una visión ontológica. Fermentario [Perspectivas contemporáneos del cuidado de sí] 2009;(3). Citado por: Vélez C, Vanegas JH. El cuidado en enfermería, perspectiva fenomenológica. Hacia la Promoción de la Salud [internet]. 2001; 16(2): 175-189. [consultado 2015 Ene 10]. Disponible en: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista16\(2\)_13.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista16(2)_13.pdf)

47. Swanson Kristen M. Teoría de los cuidados. Citado por: Raile M, Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. 7. ed. Barcelona: Elsevier; 2011.
48. Heidegger, M. (1970). Carta sobre el humanismo. Madrid: Taurus. Citado por: González Juárez L, Velandia Mora AL, Flores Fernández V. Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica. Rev. CONAMED [internet]. 2009; 14(1): 40-43. [consultado 2015 Ene 10]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3633444>
49. González Juárez L, Velandia Mora AL, Flores Fernández V. Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica. Rev. CONAMED [internet]. 2009; 14(1): 40-43. [consultado 2015 Ene 10]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3633444>
50. Brusco. Humanización de la asistencia al enfermo. España: Sal Terrae. Cuadernos del centro de humanización de la salud. Citado por: González Juárez L, Velandia Mora AL, Flores Fernández V. Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica. Rev. CONAMED [internet]. 2009; 14(1): 40-43. [consultado 2015 Ene 10]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3633444>
51. Benevides R, Passos E. Humanización como dimensión de las políticas públicas de salud. Cienc salud colectiva [internet]. 2005; 10(3):561-10. [consultado 2015 Ene 10]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3633444>
52. González G, Rosa M, Bracho L, Zambrano G. El cuidado humano como valor en el ejercicio de los profesionales de la salud [internet]. [Consultado 2015 Feb 20]. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/vol6n2/6-2-4.pdf>.
53. González Juárez L, Velandia Mora AL, Flores Fernández V. Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica. Rev. CONAMED [internet]. 2009; 14(1): 40-43. [consultado 2015 Ene 10]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3633444> (42)
54. Grupo de cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. (1997). Avances conceptuales del grupo de cuidado. En G. d. Colombia, Dimensiones del cuidado (pág. 10). Colombia: Unibiblos. Citado por: González Juárez L, Velandia Mora AL, Flores Fernández V. Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica. Rev. CONAMED [internet]. 2009; 14(1): 40-43. [consultado 2015 Ene 10]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3633444>
55. Watson J. Cuidado Humano. En J. Watson, Enfermería ciencia humana y cuidado humano: una teoría de enfermería (págs. 9-30). Estados Unidos: National League for Nursing. Citado por: González Juárez L, Velandia Mora AL, Flores Fernández V. Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica. Rev. CONAMED [internet]. 2009; 14(1): 40-43. [consultado 2015 Ene 10]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3633444>.
56. *Ibíd.*, p. 42.

57. Watson J. Enfermería: La filosofía y ciencia de los cuidados. Boston: Little Brown; 1979. Citado por: Urra E, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y Enfermería* [internet]. 2011; 17 (3): 11-22. [consultado 2015 Ene 01]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf>
58. *Ibíd.*, p. 16.
59. *Ibíd.*, p. 17.
60. *Ibíd.*, p. 16.
61. Watson J. Enfermería: La filosofía y la ciencia del cuidado. Colorado: Colorado Associated University Press; 1985. Citado por: Poblete Troncoso MC. Cuidado humanizado: percepción de autoeficacia en enfermeras académicas y asistenciales [Para optar al grado de Doctor en enfermería]. Chile: Universidad de Concepción Dirección de Postgrado. Programa Doctorado en Enfermería; 2009. (34)
62. Watson J. Los diez factores de cuidados originales. Citado por: Raile M, Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. 7. ed. Barcelona: Elsevier; 2011.
63. Rogers, C. El proceso de convertirse en persona: mi técnica terapéutica. Buenos Aires: Editorial Paidós. Citado por: Poblete Troncoso MC. Cuidado humanizado: percepción de autoeficacia en enfermeras académicas y asistenciales [Para optar al grado de Doctor en enfermería]. Chile: Universidad de Concepción Dirección de Postgrado. Programa Doctorado en Enfermería; 2009.
64. Rogers C, Stevens B. Persona a persona. El problema del ser humano. Una nueva tendencia en psicología. Buenos Aires: Editorial Amorrortu. Citado por: Poblete Troncoso MC. Cuidado humanizado: percepción de autoeficacia en enfermeras académicas y asistenciales [Para optar al grado de Doctor en enfermería]. Chile: Universidad de Concepción Dirección de Postgrado. Programa Doctorado en Enfermería; 2009.
65. Poblete Troncoso MC. *Op.cit.*, p. 23.
66. Real Academia de la Española. *Op.cit.*, p. 28.
67. Robbins A. citado por: Carvajal, Rojas. Empatía y Comunicación efectiva con el usuario. [Internet]. [Consultado 2015 Febrero 6]. Disponible en: http://www.hacienda.go.cr/cifh/sidovih/cursos/material_de_apoyo-F-C-CIFH/2MaterialdeapoyocursosCICAP/8ComunicacionEfectivayServicioalCliente/Empatiaycomunicacionefectiva.pdf.
68. Poblete Troncoso MC. *Op.cit.*, p. 23.
69. Rogers C, Stevens B. *Op.cit.*, p. 24.
70. Real Academia de la Española. *Op.cit.*, p. 28.
71. Martínez H. Citado por: Suárez Oré CA. Nivel de aplicación de la escucha activa en la práctica clínica por los estudiantes de enfermería [para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, E. A. P. de Enfermería; 2008.
72. Rogers C, Stevens B. *Op.cit.*, p. 24.
73. Watson J. *Op.cit.*, p. 16.

74. Ibíd, p. 16.
75. Quintero JR. Teoría de las necesidades de Maslow. [internet]. [consultado 2015 Feb 11]. disponible en: Web: <http://doctorado.josequintero.net>
76. Watson J. Op.cit., p. 18.
77. Ibíd., p. 96.
78. Ibíd., p. 97.
79. Ibíd., p. 18.
80. Bello H. Fundamentos de enfermería. [internet]. [consultado 2015 Feb 20]. Disponible en: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d000-00---0enfermeria--00-0-0--0prompt-10---4-----0-0l--1-lv-50--20-about---00031-001-1-0big500&c=enfermeria&d=HASH0141c3943ff026d45c710bca.2.2>
81. Watson J. Op.cit., p. 95.
82. Watson J. Op.cit., p. 17.
83. Colliere M. Promover la vida, de la práctica de mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: Editorial McGraw Hill. Citado por: Poblete Troncoso MC. Op.cit., p. 24.
84. Watson J. Op.cit., p. 95.
85. Rogers C. Op.cit. p. 16.
86. Rogers M. Introducción a la teoría básica de enfermería. Philadelphia: Saunders; 1970. Citado por: Urra E, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Ciencia y Enfermería [internet]. 2011; 17 (3): 11-22. [consultado 2015 Ene 01]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf> (18)
87. Watson J. Op.cit., p. 95.
88. Watson J. Op.cit., p. 17.
89. Real Academia de la Española. Op.cit., p. 90.
90. OMS. Calidad de atención del usuario
91. Toledo J. Calidad en salud. Gutiérrez R. La satisfacción del paciente como medida de la evaluación de la Calidad Percibida [internet]. [consultado 2015 Feb 23]. Disponible en: www.uclm.es/area/fac/cursos/pcte/ponencias/rodrigo%20gutierrez.pdf.
92. Donabedian A. Garantía y Calidad de la Atención Médica. Instituto Nacional de Salud Pública, México. Pág. 9 – 13. Citado por: Álvarez L, Barrera M, Madrigal C. Calidad de la Atención en Enfermería. Medellín: Programa Auditoría en Servicios de Salud Ces [internet]. [Consultado 2015 Ene 10]. Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/26/1/Calidad_atencion_en_enfermeria.pdf.
93. Secretaría de Salud. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Evaluación sistematizada de la calidad de los servicios de enfermería, 2002. Citado por: Romero Ameli LC. Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. [Para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Lima. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE

SAN MARCOS FACULTAD DE MEDICINA HUMANA. E.A.P. DE ENFERMERÍA; 2008.

94. Day R. Psicología de la Percepción Humana. México: Limusa Wiley S.A; 2008
95. Bandura A. La autoeficiencia percibida. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 1995; 26 (3): 179-190.
96. Álvaro J, Garrido A. Psicología social: Perspectivas psicológicas y sociológicas. Madrid: Editorial Mc Graw-Hill; 2003.
97. Poblete M, Valenzuela S, Manuel Merino. Op.cit., p. 9.
98. Ibíd., p. 10.
99. Watson J. Ponencia del primer Congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. [consultado el 10 julio 2016]. Disponible en: http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson.
100. Murillo de la Vega S. La invisibilización del cuidado en la familia y en los sistemas sanitarios. *Política y Sociedad*. 2007; 35: 73-80.
101. Watson J. Enfermería: La filosofía y ciencia del cuidado. Colorado: Colorado Associated University Press; 1985.
102. Poblete Troncoso MC. Cuidado humanizado: percepción de autoeficacia en enfermeras académicas y asistenciales [para optar al grado de Doctor en enfermería]. Chile: Universidad de Concepción Dirección de Postgrado. Programa Doctorado en Enfermería; 2009.
103. Watson J. Enfermería: La filosofía y la ciencia del cuidado. Colorado: Colorado Associated University Press; 1985. Citado por: 32. Poblete TM, Valenzuela SS, Manuel MJ. Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la Teoría de Jean Watson. *AQUICHAN – ISSN* [internet]. 2012; 12(1): 8-2. [consultado 2016 Feb 10]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n1/v12n1a02> P.11
104. Gonzales Burgos J, Quintero Martínez DC. Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de una institución de II y III nivel de atención. [Trabajo de grado para obtener el título de Enfermera]. Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería; 2009.
105. Watson J. Enfermería: La filosofía y ciencia del cuidado. Colorado: Colorado Associated University Press; 1985.
106. Gutiérrez González MP, Núñez Carrasco ER, Rivera CL. Características del rol en el profesional de enfermería intrahospitalario. *Enfermería*. 2002; 37(120): 29-33.
107. Monchón Palacios PA, Montoya García YY. Nivel de calidad del cuidado enfermero desde la percepción del usuario. [Para optar el título de: licenciado en enfermería]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2013.
108. Romero Ameri LC. Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. [Para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. E.A.P de Enfermería; 2008.

109. Monticelli M, Elsen I. El hospital como una "realidad clínica": una comprensión a partir del encuentro entre trabajadoras de enfermería y familias de un servicio de alojamiento conjunto. *Horiz Enferm.* 2004; 15:37-52.

ANEXOS



INSTRUMENTO N° 01

ENCUESTA SOBRE DATOS GENERALES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Título: Calidad de cuidados humanizados que brinda el profesional de enfermería en los servicios de hospitalización de un hospital público de Huánuco, 2016.

Instrucciones: Sr(a). Lic. en Enfermería sírvase leer con atención y marcar o escribir con letra clara a fin de que la información sea comprensible. El estudio se efectúa con fines estrictamente académicos y de investigación, la cual tiene carácter de confidencialidad.

I. CARÁCTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. GÉNERO

- a. Masculino

	1
--	---
- b. Femenino

	2
--	---

2. EDAD (Años)

3. ESTADO CIVIL

- a. Soltero (a)

	1
--	---
- b. Conviviente

	2
--	---
- c. Casado(a)

	3
--	---
- d. Divorciado(a)

	4
--	---
- e. Viudo(a)

	5
--	---

4. RELIGIÓN

- a. Católico

	1
--	---
- b. Evangélico

	2
--	---
- c. Adventista

	3
--	---
- a. Otros.

	4
--	---

 Especifique.....

I. CARÁCTERÍSTICAS PROFESIONALES

5. GRADO ACADÉMICO

- a. Licenciatura

	1
--	---
- b. Especialidad

	2
--	---
- c. Maestría

	3
--	---
- d. Doctorado

	4
--	---
- e. Otros

	5
--	---

 Especifique.....

6. EXPERIENCIA COMO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA (Años, Meses)

7. TIEMPO DE SERVICIO EN LA INSTITUCIÓN (Años, Meses)

8. SITUACIÓN LABORAL

a. Nombrado

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2

b. Contratado

9. SERVICIO O ÁREA EN EL QUE TRABAJA

a. Medicina

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5

b. Cirugía

c. Pediatría

d. Neonatología

e. Unidad de cuidados intensivos (UCI)

10. TIEMPO QUE LLEVA EN EL SERVICIO (Años, Meses)

11. JORNADA LABORAL EXTRA EN EL HOSPITAL

a. SI

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2

b. NO

12. ¿TIENE USTED OTROS TRABAJOS FUERA DE HOSPITAL?

a. SI

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2

b. NO

INSTRUMENTO N° 02

“CARING EFFICACY SCALE” PARA MEDIR EL CUIDADO HUMANIZADO DESDE LA PERCEPCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Título: Calidad de cuidados humanizados que brinda el profesional de enfermería en los servicios de hospitalización de un hospital público de Huánuco, 2016.

Instrucciones: Sr(a). Lic. en Enfermería Cuando usted esté respondiendo estos ítems, piense en su trabajo reciente con pacientes/clientes en los ambientes clínicos. Ponga un aspa o cruz en el número que mejor describa o exprese su opinión, según la siguiente escala de respuesta:

Desacuerdo (-)

-3	Fuertemente en desacuerdo
-2	Moderado desacuerdo
-1	Ligeramente en desacuerdo

Acuerdo (+)

+1	Ligeramente de acuerdo
+2	Moderadamente de acuerdo
+3	Fuertemente de acuerdo

N°	Ítems	-3	-2	-1	+1	+2	+3
1	No siento confianza en mis habilidades para expresar un sentido de cuidado a mis clientes/paciente.						
2	Si no me estoy relacionando bien con un cliente/paciente trato de analizar qué puedo hacer para llegar a él/ella.						
3	Me siento cómoda al “tocar” a mis clientes/pacientes cuando proporciono cuidado.						
4	Trasmito un sentido de fortaleza personal a mis clientes/pacientes.						
5	Clientes/pacientes pueden hablarme de casi cualquier cosa y yo no me sentiré choqueada.						
6	Tengo habilidades para introducir un sentido de normalidad en condiciones estresantes.						
7	Es fácil para mí considerar las múltiples facetas del cuidado de un cliente/paciente, al mismo tiempo que lo escucho.						
8	Tengo dificultades para dejar de lado mis creencias y prejuicios para escuchar y aceptar el cliente/paciente como persona.						
9	Puedo caminar en una pieza con aspecto de serenidad y energía que haga sentir mejor a los clientes/pacientes						
10	Soy capaz de sintonizar con un cliente/ paciente en particular y olvidar mis preocupaciones personales.						
11	Usualmente puedo establecer alguna forma de relacionarme con la mayoría de los pacientes/clientes.						
12	Carezco de confianza en mí habilidad para hablar con pacientes/clientes cuyos orígenes son diferentes a la mía.						
13	Siento que si tengo una conversación muy personal con mis pacientes/clientes las cosas pueden perder el control.						

Desacuerdo (-)

-3	Fuertemente en desacuerdo
-2	Moderado desacuerdo
-1	Ligeramente en desacuerdo

Acuerdo (+)

+1	Ligeramente de acuerdo
+2	Moderadamente de acuerdo
+3	Fuertemente de acuerdo

N°	Ítems	-3	-2	-1	+1	+2	+3
14	Yo uso lo que aprendo de mis conversaciones con clientes/pacientes para suministrar un cuidado más individualizado.						
15	No me siento con la fortaleza suficiente para escuchar los temores y preocupaciones de mis clientes/pacientes.						
16	Aun cuando siento confianza en mí misma, respecto a la mayor parte de las cosas, todavía soy incapaz de relacionarme con clientes/pacientes.						
17	Creo tener problema para relacionarme con mis clientes/paciente.						
18	Usualmente puedo establecer una estrecha relación con mis clientes/paciente.						
19	Usualmente logro agradecerles a mis clientes/pacientes.						
20	A menudo encuentro difícil transmitir mi punto de vista a los pacientes/clientes cuando lo necesito.						
21	Cuando trato de resolver un conflicto con clientes/pacientes, habitualmente lo hago peor.						
22	Si pienso que un cliente/paciente está incómodo o puede necesitar ayuda, yo me acerco a esa persona.						
23	Si encuentro difícil el relacionarme con un cliente/paciente, dejo de trabajar con esa persona.						
24	A menudo encuentro difícil el relacionarme con clientes/pacientes de culturas diferentes a la mía.						
25	He ayudado a muchos clientes/pacientes a través de mi habilidad para desarrollar relaciones cercanas y significativas.						
26	A menudo encuentro difícil expresar empatía con clientes/pacientes.						
27	A menudo me siento agobiada por la naturaleza de los problemas que los clientes/pacientes están viviendo.						
28	Cuando un paciente/cliente está teniendo dificultades para comunicarse conmigo, soy capaz de adaptarme a su nivel.						
29	Aún cuando realmente trato, no puedo terminar los cuidados con clientes/pacientes difíciles.						
30	No uso formas creativas o poco usuales para expresar cuidados a mis clientes.						

ANEXO 08

MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO: “Calidad de cuidados humanizados que brinda el profesional de enfermería en los servicios de hospitalización de un hospital público de huánuco-2016”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE																											
<p>Problema General</p> <p>¿Cuál es la calidad de cuidados humanizados que brinda el profesional de enfermería en los servicios de hospitalización de un hospital público de Huánuco, 2016?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Identificar el nivel de calidad de cuidados humanizados que brinda el profesional de enfermería en los servicios de hospitalización de un hospital público de Huánuco, 2016.</p>	<p>Hipótesis</p> <p>- H_{a1}: Existen diferencias significativas en los niveles de calidad de cuidados humanizados que brindan según edad en la muestra en estudio.</p> <p>- H₀₁: No existen diferencias significativas en los niveles de calidad de cuidados humanizados que brindan según edad en la muestra en estudio.</p> <p>- H_{a2}: Existen diferencias significativas en los niveles de calidad de cuidados humanizados que brindan según servicios de hospitalización en la muestra en estudio.</p> <p>- H₀₂: No existen diferencias significativas en los niveles de calidad de cuidados humanizados que brindan según servicios de hospitalización en la muestra en estudio.</p> <p>- H_{a3}: Existen diferencias significativas en los niveles de calidad de cuidados humanizados que brindan según años de experiencia como profesionales de enfermería en la muestra en estudio.</p> <p>- H₀₃: No existen diferencias significativas en los niveles de calidad de cuidados humanizados que brindan según años de experiencia como profesionales de enfermería en la muestra en estudio.</p> <p>- H_{a4}: Existen diferencias significativas en los niveles de calidad de cuidados humanizados que brindan según grupo etario en la muestra en estudio.</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Variable de interés</th> <th style="width: 15%;">Indicadores</th> <th style="width: 15%;">Valor final</th> <th style="width: 15%;">Tipo de variable</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cuidados humanizados</td> <td>“Caring Efficacy Scale”</td> <td>Buena Regular Deficiente</td> <td>Categórica Ordinal</td> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">Variable de caracterización</th> <th style="text-align: center;">Indicadores</th> <th style="text-align: center;">Valor final</th> <th style="text-align: center;">Tipo de variable</th> </tr> <tr> <td>Edad</td> <td>Directa</td> <td>Años</td> <td>Númerica Discreta</td> </tr> <tr> <td>Antigüedad laboral</td> <td>Experiencia laboral</td> <td>Años</td> <td>Discreta</td> </tr> <tr> <td>Servicio de trabajo</td> <td>Área de trabajo</td> <td>Medicina Cirugía Pediatría Neonatología Emergencia</td> <td>Categórica Nominal</td> </tr> </tbody> </table>				Variable de interés	Indicadores	Valor final	Tipo de variable	Cuidados humanizados	“Caring Efficacy Scale”	Buena Regular Deficiente	Categórica Ordinal	Variable de caracterización	Indicadores	Valor final	Tipo de variable	Edad	Directa	Años	Númerica Discreta	Antigüedad laboral	Experiencia laboral	Años	Discreta	Servicio de trabajo	Área de trabajo	Medicina Cirugía Pediatría Neonatología Emergencia	Categórica Nominal
Variable de interés	Indicadores	Valor final	Tipo de variable																											
Cuidados humanizados	“Caring Efficacy Scale”	Buena Regular Deficiente	Categórica Ordinal																											
Variable de caracterización	Indicadores	Valor final	Tipo de variable																											
Edad	Directa	Años	Númerica Discreta																											
Antigüedad laboral	Experiencia laboral	Años	Discreta																											
Servicio de trabajo	Área de trabajo	Medicina Cirugía Pediatría Neonatología Emergencia	Categórica Nominal																											
<p>Problemas Específicos</p> <p>- ¿Existen diferencias significativas en los niveles de calidad de cuidados humanizados que brindan según edad en la muestra en estudio?</p> <p>- ¿Existen diferencias significativas en los niveles de calidad de cuidados humanizados que brindan según servicios de hospitalización en la muestra en estudio?</p> <p>- ¿Existen diferencias significativas en los niveles de calidad de cuidados humanizados que brindan según años de</p>	<p>Objetivos Específicos</p> <p>- Determinar si existen diferencias significativas en los niveles de calidad de cuidados humanizados que brindan según edad en la muestra en estudio.</p> <p>- Analizar si existen diferencias significativas en los niveles de calidad de cuidados humanizados que brindan según servicios de hospitalización en la muestra en estudio.</p> <p>- Estimar si existen diferencias significativas en los niveles de calidad de cuidados humanizados que brindan según</p>																													

<p>experiencia como profesionales de enfermería en la muestra en estudio?</p>	<p>años de experiencia como profesionales de enfermería en la muestra en estudio.</p>	<p>- H₀₄: Existen diferencias significativas en los niveles de calidad de cuidados humanizados que brindan según grupo etario en la muestra en estudio.</p>							
DISEÑO		POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS						
<p>Tipo de estudio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Según la participación del investigador: Observacional. - Por el periodo en que se capta la información: Prospectivo - De acuerdo al número de mediciones de la variable: Transversal. - Por el número de variables analizadas: Descriptivo <p>Diseño transeccional comparativo</p> <p style="text-align: center;">N ----->OX = ó ≠ Y</p> <p>Dónde:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">N: Población muestral</td> <td style="width: 50%;">Y: Variables de caracterización</td> </tr> <tr> <td>O: Observación</td> <td>=: Igualdad</td> </tr> <tr> <td>X: Variable cuidado humanizado</td> <td>≠: Diferente</td> </tr> </table>		N: Población muestral	Y: Variables de caracterización	O: Observación	=: Igualdad	X: Variable cuidado humanizado	≠: Diferente	<p>Población :</p> <p>La población de estudio es estática y estuvo constituida por los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco.</p>	<p>Para la recolección de datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La técnica: Psicometría • Instrumento: Escala de Caring Efficacy Scale <p>Para el análisis de datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descriptivo. Se analizaron descriptivamente los datos obtenidos empleando las medidas de tendencia central, de posición y dispersión, de acuerdo a las variables del estudio. Para el análisis se utilizó el paquete estadístico Microsoft Excel 2010 e IMB SPSS Statistics 21. • Inferencial. Para poder contrastar las hipótesis descriptivas de diferencias, se usó la prueba estadística no paramétrica de Bondad de Ajuste de Chi cuadrado (χ^2) a través de un análisis estadístico univariado, con intervalos de confianza al 95% y un nivel de significancia ($p \leq 0.05$). Para el análisis se utilizó el paquete estadístico IMB SPSS Statistics 19. Asimismo, para contrastar las diferencias en los niveles de cuidados humanizados según variables sociodemográficas se utilizó el ANCOVA de comparación de medias.
N: Población muestral	Y: Variables de caracterización								
O: Observación	=: Igualdad								
X: Variable cuidado humanizado	≠: Diferente								