

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería

CALIDAD DE VIDA Y LA PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO
DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA - SERVICIO DE CUIDADOS
INTENSIVOS - HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA - 2017

TESIS

Presentada por:

Lic. Rosa Milagros Carranza Flores

Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

Cuidado Enfermero en Paciente Crítico con Mención en Adulto

TACNA - PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería

**CALIDAD DE VIDA Y LA PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO
DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA - SERVICIO DE CUIDADOS
INTENSIVOS - HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA - 2017**

TESIS


Presentada por:

LIC. ROSA MILAGROS CARRANZA FLORES

Para optar el Título de Segunda Especialidad en:
**CUIDADO ENFERMERO EN PACIENTE CRÍTICO CON
MENCION EN ADULTO**

Aprobado por UNANIMIDAD, ante el siguiente Jurado


Dra. Ingrid María Manrique Tejada
PRESIDENTA


Dra. Elizabeth B. Huerta Tovar
MIEMBRO


Lic. Esp. Elide E. Tipacti Sotomayor
MIEMBRO


Dra. Elena Cachicatari Vargas
ASESORA

DEDICATORIA

A Dios,

*A mis padres, mi esposo y amigos que su
motivación fue muy importante.*

AGRADECIMIENTO

Agradezco a todos a mi esposo, padres y hermanos por el apoyo incondicional para seguir siendo una buena profesional de enfermería.

A mi alma mater Universidad Jorge Basadre Grohmann por las enseñanzas obtenidas en esta segunda fase de mi profesión

CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	01

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1. Descripción del problema	04
1.2. Formulación del problema	14
1.3. Objetivos.....	15
1.4. Justificación	15
1.5. Formulación de la hipótesis	17
1.6. Operacionalización de variables	18

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del Estudio	19
2.2. Base teórica.....	33
2.3. Definición de términos.....	78

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo y diseño de investigación.....	79
3.2. Población, muestra.....	79
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	80
3.4. Procedimientos de recolección de datos	83
3.5. Plan de procesamiento y análisis de datos	84

CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados	85
4.2. Discusión	99

CONCLUSIONES	115
--------------------	-----

RECOMENDACIONES.....	117
----------------------	-----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	118
---------------------------------	-----

ANEXOS.....	126
-------------	-----

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo: Determinar la calidad de vida y la relación con la percepción del cuidado humanizado del personal de Enfermería- servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua- 2017. Es un estudio cuantitativo de diseño descriptivo correlacional, la población y muestra fue de 19 enfermeras y técnicos de enfermería. Los resultados indican que las características sociodemográficas del personal de enfermería el 52,6% oscila entre 36 a 46 años de edad, el 84,2% son de sexo femenino, el 57,9% son nombradas, en la mayoría de las dimensiones de calidad de vida solo se relaciona significativamente con la percepción del cuidado de enfermería en asistencia a cursos y actividades en el tiempo libre a diferencia de las demás dimensiones y la percepción del cuidado de enfermería es medio con un 68,4%. Concluyendo que el 63.2% de la población de estudio posee un nivel de percepción del cuidado del personal de enfermería medio con una calidad de vida Regular, la prueba chi-cuadrado ($p=0,003 < 0,05$), demuestra que, existe relación estadística entre la calidad de vida y la percepción del cuidado en enfermería.

Palabras clave: Calidad de vida, percepción del cuidado humanizado, Unidad de cuidados intensivos.

ABSTRACT

The present investigation had as objective: To determine the quality of life and the relation with the perception of the humanized care of the personnel of Nursing - service of Intensive Care of the Regional Hospital of Moquegua - 2017. It is a quantitative study of descriptive correlational design, the population and sample was 19 nurses and nursing technicians. The results indicate that the sociodemographic characteristics of nursing personnel 52,6% range from 36 to 46 years of age, 84,2% are female, 57,9% are named, in most of the dimensions of quality of life is only significantly related to the perception of nursing care in attendance at courses and activities in free time unlike the other dimensions and the perception of nursing care is medium with 68.4%. Concluding that 63,2% of the study population has a level of perception of care of the average nursing staff with a regular quality of life, the chi-square test ($p = 0.003 < 0.05$), shows that there is a statistical relationship between the quality of life and the perception of nursing care.

Key words: Quality of life, perception of humanized care, intensive care unit.

INTRODUCCIÓN

Los cuidados de la persona y su consideración como un ser global y humano, en un entorno cambiante con el que interacciona constantemente, han sido los supuestos básicos de la disciplina de enfermería. Esta proyección eminentemente psicosocial del cuidado ha permitido a los profesionales conocer al ser humano desde la perspectiva de la persona sana y poder comprenderlas en los diferentes estados de pérdida de salud.(46).

Es cierto que la disciplina de enfermería, en los últimos tiempos, ha ido evolucionado en un contexto de acontecimientos históricos y movimientos sociales que han enfatizado el reconociendo del ser humano en el seno de la sociedad y en todas sus dimensiones.

Los profesionales de la salud deben profundizar los aspectos individuales acentuando la importancia de la subjetividad, las experiencias personales, la creatividad y el desarrollo personal. También el contexto que se produce las interacciones entre una persona y otra con el medio ambiente, con su cultura, en la sociedad, también están las expectativas y los motivos de los que interactúan.

El personal de Enfermería desde la perspectiva del pensamiento enfermero deben aportar con sus experiencias el conocimiento en las intervenciones profesionales, considerar las acciones profesionales hacia el autocuidado de los pacientes , la familia ,una vez que se recuperen en la Unidad de Cuidados Intensivos requiere la intervención del profesional de la salud identificando sus necesidades humanas, habilidades comunicativas, el apoyo emocional escuchando activamente al paciente, familia sobre sus preocupaciones, intereses y indicarle que pueden expresar con libertad esas preocupaciones.

La enfermera gestora debe ver la Calidad de vida de nuestros profesionales frente a las necesidades del paciente, ¿Cómo viene la enfermera, ¿que sentimientos expresa? se capacita para abordar mejor los problemas, como es su vida familiar y como ésta repercute en su trabajo. Entonces podemos decir que la Calidad de Vida es una filosofía de gestión que mejora la dignidad del empleado, realizando cambios culturales y brindando oportunidades de desarrollo y progreso personal para las enfermeras que laboran en las Unidades de cuidados intensivos.

El presente estudio consta de cuatro capítulos y está estructurado en Capítulo I: Descripción y formulación del problema, objetivos, justificación,

hipótesis y operacionalización de variables; en el Capítulo II: Antecedentes del problema, base teórica, definición conceptual de términos ; Capítulo III: Marco metodológico, tipo de investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimientos, procesamiento y análisis; Capítulo IV: Los resultados, la discusión y finalmente las conclusiones y las recomendaciones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

La humanización del cuidado como un elemento primordial es importante en la atención que se da al servicio del paciente hospitalizado, familia y comunidad permanentemente. En este ejercicio disciplinario, en especial en la atención de alto riesgo, y complejidad como es la Unidad de Cuidados Intensivos donde asisten poblaciones vulnerables de alto riesgo; como adultos mayores, niños, madres gestantes, adultos etc.

El cuidado enfermero aplicado en los escenarios de práctica puede estar expuesto a un sin número de problemas y riesgos debido al avance de la tecnología, la multicausalidad, determinantes sociales y de salud cada vez más cambiantes como la presencia misma de la telemedicina, la nanomedicina, avances en trasplantes de órganos considerando nuevas oportunidades para la vida del paciente afligido en un grado de dependencia III y IV.

La calidad de vida dependerá de un crecimiento económico; en especial en la enfermera, sin embargo, es posible que haya crecimiento económico sin un aumento de la Calidad de Vida, por lo que se requiere de mecanismos de distribución de la riqueza y que los ingresos garanticen canales eficientes de movilidad social. En este terreno, se reconoce el gasto de los hogares como un indicador del bienestar alcanzado por una sociedad, pues la mayoría de las necesidades materiales de los hogares se satisface a través del consumo privado de bienes y servicios.

En estudios realizados en Colombia mediante la aplicación de encuestas de Calidad de vida, se ha demostrado una relación directa entre el estado de salud y los indicadores con que se mide la Calidad de Vida; así, por ejemplo, se detectó que a mayor ingreso económico disminuyen las consultas médicas, las hospitalizaciones y el gasto en salud de las familiar; también se encontró que la percepción sobre el estado de salud varia de acuerdo al régimen de afiliación a instituciones de salud, al nivel de ingresos de la persona y a la ocupación.

La enfermera tiene que ver la sobre carga laboral por el número de pacientes bajo su responsabilidad, centrado su trabajo en aspectos

técnico - administrativos, procedimentales, incidiendo negativamente en el cuidado humanizado el poco tiempo que brinda para este aspecto del cuidado. El paciente, la familia están esperanzados en el cuidado del personal de enfermería, la percepción que mencionan no es la mejor en estos tiempos del siglo XXI.

El profesional de enfermería como parte del equipo de salud, participa en la prestación de los servicios de salud integral, en forma científica, tecnológica y sistemática, en los procesos de prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante el cuidado de la persona, familia y comunidad, considerando el contexto social, cultural, económico, ambiental, político en que se desenvuelve con el propósito de contribuir a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población (ley del trabajo enfermero).

Pese a estos altos niveles de responsabilidad, relaciones interpersonales y exigencias sociales, la enfermería es considerada como una profesión particularmente estresante que afecta tanto la salud y el bienestar personal como la satisfacción laboral colectiva. En este sentido, se considera que resolver problemas que surgen en la vida cotidiana, la escasez del personal con la sobrecarga laboral, los conflictos, la ambigüedad del rol por no existir especificidad de

funciones y tareas, la falta de autonomía y autoridad para la toma de decisiones, los rápidos cambios tecnológicos contribuyen a aumentar las tensiones específicas del quehacer hospitalario produciendo estrés, cansancio, afecta la calidad de vida de las enfermeras y sobre todo siendo la Unidad de Cuidados Intensivos , un servicio de alta complejidad.

Leyva (ESSALUD-2012) advierte una sobrecarga laboral, y un déficit de al menos dos mil enfermeras. Indicó que un enfermero llega a ganar solo 1,500 soles, y 2,000 soles, tienen más de 30 años de servicio, manifestando a su vez que la enfermera presenta casos de cáncer y tuberculosis en un 10 % siendo preocupante.

“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 enfermería”(1).

Este aspecto es clave en relación a la forma actual de entregar cuidados de enfermería, especialmente en Chile, donde existe

preocupación por la inclusión de la gestión del cuidado en el Código Sanitario, y de otros temas que no dejan de ser relevantes para la práctica profesional en enfermería, razón por la cual se ha dejado de lado el centro del quehacer: la persona, el individuo, el usuario, el paciente, el cliente o como sea llamado el “ser humano”. Es importante definir entonces el concepto de persona; según Watson es “un ser en el mundo, como una unidad de mente – cuerpo y espíritu, que experimenta y percibe conceptualmente el Gestalt, es el locus de la existencia humana y el sujeto de cuidado de enfermería” esta persona demanda compromiso, dedicación, respeto, y es responsabilidad del profesional de enfermería el cuidarlo (1).

Sancho, M. Recuerda que “las personas viven más años, se cuidan sus hábitos de alimentación, han mejorado mucho, su nivel de instrucción ha experimentado un cambio radical, de tal manera que, entre los mayores de 55 años, algo más del 18% ya poseen estudios medios o superiores. “Las generaciones que envejecen en el siglo XXI tendrán que afrontar la soledad como un modo de vida bastante frecuente” (2).

De hecho, actualmente en Euskadi (España) la cuarta parte de la población de 60 y más años viven solas. “Esta tendencia irá en aumento, porque los modelos de convivencia en los países

desarrollados así lo demuestran: pocos hijos, viviendas pequeñas, familias en las que hombres y mujeres trabajan y muchos años de vejez. Tendremos que aprender a gestionar la soledad, recurrir a servicios profesionales públicos y privados si necesitamos ayuda y aprovechar al máximo nuestra capacidad de generar redes sociales”.

Por su parte, Pilar Leucona, enfermera geriátrica y presidenta del COEGI (Colegio de Enfermeros de Guipuzcoa) subraya que mientras en el siglo pasado el reto principal fue la supervivencia, “el de este siglo XXI será el de la calidad de vida”. Insiste así mismo, en la importancia de la actitud para tener un envejecimiento activo y recuerda que “ofendemos a las personas mayores con expresiones como: “con esa edad qué quiere”, “a su edad que querrá”, ‘bastante bien está usted para los años que tiene’ o ‘cosas de la edad’, entre otras frases que solo contribuyen a perpetuar los estereotipos existentes respecto a la vejez”.

Frente a ello, Leucona aboga por un nuevo paradigma en el que las personas de avanzada edad estén integradas en la sociedad, “con más actividad, arrimando el hombro, viviendo de forma independiente, con más actitud y con un nuevo rol social”, entre otros aspectos. “La dignidad del individuo se mantiene toda la vida” (2).

En España, la Coruña se menciona al estrés siendo un estímulo necesario para desarrollar, la capacidad de adaptación del hombre a su medio, en la medida que el nivel de estrés sea adecuado a las capacidades individuales será fisiológico. Este proceso requiere un período de tiempo para restaurarse y su duración dependerá de los recursos humanos y materiales que posea el individuo para afrontarlas (3).

El primer blanco del estrés profesional en los profesionales de la salud es la flexibilidad y al carácter multidisciplinario del trabajo que realiza; como estrategia negativa de afrontamiento que pueden ser utilizadas los cambios de hábitos como son; aumento de ingesta de alimentos, aumento del consumo de tabaco, alcohol y drogas.

Como repercusiones el estrés profesional provoca un efecto negativo sobre la calidad asistencial (dando lugar a negligencias y errores): manifestaciones somáticas como cefaleas, dolor en el pecho, náuseas y fatiga, trastornos psicológicos como ansiedad, nerviosismo, depresión e irritación (3).

En México se da la relación de condiciones no ideales para el trabajador lo que se contrapone a lo establecido a la Ley Federal del Trabajo y repercute en la calidad de vida de los trabajadores. (4)

Además el trabajo es una variable que se ha visto relacionado con el bienestar subjetivo porque provee óptimos niveles de estimulación o niveles que las personas encuentran placenteros además de relaciones sociales positivas y un sentido de identidad y significado. Para las mujeres la relación entre satisfacción con el trabajo y satisfacción con la vida ha crecido fuertemente en décadas recientes, dado que los roles sociales han cambiado, al producirse un aumento significativo de mujeres que trabajan remuneradas es decir, se ha originado una modificación de las trayectorias laborales y profesionales entre las mujeres (5).

La calidad de vida surge de una evolución, desde considerarla como sinónimo de bienestar, felicidad nivel y condiciones de vida, hasta un concepto mas integrador tanto de aspectos objetivos como subjetivos, no obstante esta definición esta envuelto en múltiples discusiones, puesto que es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, estado emocional, vida familiar, amorosa y social, así como el sentido que le atribuye a su vida(6).

En México el equipo de enfermería, grupo de trabajadores del área de salud constituye el recurso humano más numeroso y heterogéneo, se clasifica en personal de enfermería profesional y no profesional.

Dicho personal desempeña un conjunto de acciones muy importantes, puesto que proveen cuidado a la salud, en contacto directo y de forma continua, a los usuarios y usuarias de las diversas instituciones de salud. Tanto públicas como privadas, así mismo la enfermera profesional mexicana efectúan actividades de gestión del cuidado y contribuyen en gran medida a la organización de los servicios de salud.

Sin embargo, las características propias de las profesiones llamadas feminizadas entrañan dificultades que podrían contribuir al deterioro de la Calidad de Vida en el Trabajo, lo que está muy relacionado con las exigencias sociales atribuidas al hecho de ser mujer, cuidadora, en una sociedad latinoamericana.

Existen diversas problemáticas laborales coincidentes con las identificadas en toda Latinoamérica entre ellas la inestabilidad laboral, condiciones deficientes de trabajo, limitaciones para disponer de equipos y materiales imprescindibles para el mejoramiento efectivo de la calidad de la atención, sobrecarga laboral derivada de la escases de profesionales de enfermería y desvalorización de la Enfermera profesional (7).

El caso de la enfermería mexicana, podría entrar en la clasificación de grupo vulnerable, por el hecho de ser una profesión conformada en su

mayoría por mujeres, en general de clase media baja, vivir en un país de importantes contrastes en cuestión económica y de distribución de recursos, con abundantes contrataciones eventuales, salarios bajos al equiparlos con los de otros profesionales sanitarios, sistemas rígidos de supervisión y control, entre otros (8).

La evaluación de la calidad de vida del equipo de enfermería es indispensable para elaborar políticas y prácticas innovadoras, las cuales reflejen las necesidades de sus integrantes de acuerdo a uno de los objetivos de los gobiernos e instituciones, que deben ofrecer oportunidades de avance profesional y mejores condiciones de trabajo a los prestadores de servicios en el área de la salud, con especial atención en el equipo de enfermería.

La enfermera en el Perú sus condiciones de vida no difieren de los otros países en Latino América, trabajando en instituciones del estado (MINSA, ESSALUD, Sanidad de la Policía, Sanidades Militares), clínicas privadas, consultorios etc.

OPS/OMS.(9) En un estudio comparativo nos da a conocer sobre: la realidad en el Perú en las dimensiones horas de trabajo semanales, trabajo por turno, percepción de las condiciones de trabajo, riesgos

señalados por las enfermeras, riesgos en la atención por niveles, no son nada alentadores en relación a los otros países de Latinoamérica.

En Moquegua el Hospital Regional de Moquegua es de nivel III con servicios básicos y de especialización para la población de la región, en la actualidad el servicio de Cuidados intensivos tiene 10 años de antigüedad brindando servicios a la persona , familia y comunidad y los diagnósticos médicos mas frecuentes son; accidentes cerebro vasculares, accidentes de tránsito , infartos etc.

Se da atención intensiva en su mayoría a accidentes de la región Puno, Tacna por ser un tránsito estratégico, cuenta con 20 enfermeras especialistas y técnicos de enfermería en diferentes turnos de atención de 06 y 12 horas en guardias diurnas y nocturnas. Cuenta con una alta tecnología tales como monitores, bombas de infusión, desfibriladores otros.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la calidad de vida y la percepción del cuidado humanizado de enfermería servicio de cuidados intensivos - Hospital Regional de Moquegua 2017?

1.3. OBJETIVO

Objetivo General

Determinar la Calidad de vida y la relación con la percepción del Cuidado humanizado del personal de Enfermería servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua- 2017.

Objetivo Específicos:

- Caracterizar la población de estudio: edad, sexo, condición laboral, especialidad.
- Determinar la Calidad de Vida del personal de enfermería según las dimensiones; el estado de salud física / actividad, estado de ánimo, actividades de la casa, actividades de tiempo libre, actividades generales en el personal de enfermería ,servicio de Cuidados Intensivos- Hospital Regional de Moquegua-2017.
- Identificar la percepción del cuidado humanizado del personal de enfermería en el servicio de Cuidados intensivos-Hospital Regional de Moquegua 2017.

1.4. JUSTIFICACIÓN:

La enfermera y los técnicos de enfermería son personal de salud, parte del equipo de salud, cuidando las 24 horas de atención, 365 días al año en el área de hospitalización, en donde se encuentra

La unidad de cuidados intensivos siendo un servicio sumamente especializado ya que los pacientes que allí se cuidan padecen enfermedades graves que deben atenderse con capacidad y prontitud, así como con todo lo necesario para atender toda clase de padecimientos.

La importancia de la terapia intensiva es central si tenemos en cuenta que este es el espacio en el cual los enfermos o pacientes más delicados deben ser atendidos por profesionales de la salud, de manera constante a fin de evitar cualquier tipo de complicación o cambio abrupto en el estado de su salud. En ella, los enfermeros y enfermeras están al permanente cuidado de los pacientes y son constantes también las visitas de médicos y otros profesionales.

La localización de la UCI dentro del hospital, es un área protegida del flujo habitual de los pacientes, visitas y personal de los demás servicios, la UCI debe estar en constante interacción con los demás servicios clínicos y unidades de apoyo, por lo que es muy importante que tenga acceso durante las 24 horas del día con los demás servicios del Hospital.

La enfermera debe poseer un conocimiento y experiencia marcada

para el manejo de los pacientes críticos en constante capacitación para utilizar diagnósticos de enfermería en el cuidado enfermero. La enfermera coordinadora se debe encargar programar, dirigir, y evaluar las actividades de enfermería de la UCI, asegurando una atención oportuna y eficaz y sobre todo velar por la Calidad de vida de las enfermeras frente a un servicio de alta complejidad, sabiendo que las enfermeras en el servicio el 80% son de mucha experiencia y es importante investigar la calidad de vida.

1.5. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS:

H1: La calidad de vida sí se relaciona con la percepción del cuidado humanizado de enfermería servicio de cuidados intensivos - Hospital Regional de Moquegua- 2017.

Ho: La calidad de vida no se relaciona con la percepción del cuidado humanizado de enfermería servicio de cuidados intensivos - Hospital Regional de Moquegua – 2017.

1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE Calidad de vida.	Es el grado de placer y satisfacción con respecto a la salud física, sentimientos subjetivos de bienestar, trabajo, tareas del hogar, la escuela, el ocio, relaciones sociales y actividades generales	Estado de salud física	Buena 48 a 65 pts. Regular 31 a 47 pts. Mala 13 a 30 pts.	13 ítems	Ordinal
		Estado de ánimo	Buena 51 a 70pts. Regular 33 a 50pts. Mala 14 a 32pts.	14 ítems	
		Actividades del hogar	Insatisfecho 10 a 23 pts. Medianamente satisfecho 24 a 36 pts. Satisfecho 37 a 50 pts	10 ítems	
		Tareas de clase/ cursos	Insatisfecho 10 a 23 pts. Medianamente Satisfecho 24 a 36pts. Satisfechos 37 a 50 pts	10 ítems	
		Actividades en el tiempo libre	Insatisfecho 06 a 14 pts. Medianamente satisfecho 15 a 22 pts. Satisfecho 23 a 30 pts	06 ítems	
		Relaciones sociales	Insatisfecho 11 a 25 pts. Medianamente Satisfecho 26 a 39pts. Satisfecho 40 a 55 pts	11 ítems	
		Actividades generales	Insatisfecho 16 a 37 pts. Medianamente satisfecho 38 a 58 pts. Satisfecho 59 a 80 pts	14 ítems	
		Trabajo	Insatisfecho 13 a 30 pts Medianamente Satisfecho 31 a 47 pts. Satisfecho 48 a 65 pts	13 ítems	
VARIABLE DEPENDIENTE Percepción del cuidado humanizado	Es un proceso mental mediante el cual el profesional de enfermería obtiene momentos significativos en su interior durante la interacción del cuidado	Percepción del cuidado	Alta 110 - 150 Media 070 - 109 Baja 030 - 069	30 ítems	Ordinal

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO:

OPS/OMS. (09) estudio comparativo " Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud: en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú 2012 y los resultados fueron los siguientes:

Las horas de trabajo oscilan entre 35, 40 y 48 horas semanales, en el Perú el 42% trabajan entre 36 y 40 horas, solo el 12 % trabajan más de 48 horas. El pluriempleo de las enfermeras según edad y sexo se da: en el 29% en enfermeras entre 31 y 40 años, en el 16 % entre 41 a 50 años, el 50 % de enfermeras con mas de un cargo.

El trabajo por turnos en enfermeras es el 22 % trabajos fijos, el 78% trabajos rotativos, trabajando hasta los domingos.

La percepción de las condiciones de trabajo de los profesionales de Enfermería son el 34 % muy buenas/buenas, el 48 % condiciones regulares y malas y muy malas el 18 %.

El 90 % en manejo de HIV/Hepatitis B, riesgos ambientales con el 55% en químicos, humos, en riesgos psicosociales ; mala organización del trabajo 20 %, jornadas extensas de trabajo 33 %, mal

clima organizacional 10%.

Porcentaje de trabajadores que perciben carga de trabajo alta y complejidad de las tareas; el 62% en las enfermeras se hace referencia a la carga física y/o mental en el trabajo. (2012) OPS/OMS.

Quintana, O. (8) titulado *Calidad de vida en el trabajo, personal de enfermería, secretaria de salud pública, Hermosillo- México.2014.*

Se encontraron como resultados ; el promedio de Calidad de Vida en el Trabajo global del personal de enfermería es de 207.31 que indica el nivel medio de Calidad de Vida en el Trabajo respecto a los promedios de las dimensiones se encontró en cuanto a soporte institucional para el trabajo $X= 36,94$, seguridad en el trabajo de 3074, integración al puesto de trabajo 30,74, satisfacción por el trabajo con 35,10, desarrollo personal de trabajador con 22,86, bienestar logrado a través del trabajo con 35,62 y administración del tiempo libre 15,91, que indica que todas las dimensiones mostraron nivel medio de calidad, excepto el desarrollo personal del trabajador que fue evaluado como bajo.

Según nivel de atención de salud se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de satisfacción por

el trabajo, bienestar logrado a través del trabajo, desarrollo personal del trabajador y administración del tiempo libre. Respecto a satisfacción por el trabajo 53% y 40.3% del personal de primer y segundo nivel respectivamente, tienen alta satisfacción por el trabajo, mientras que el 60,2% de los que laboran en el segundo nivel de atención evalúan su satisfacción laboral como baja ($p < 0.001$).

En cuanto al bienestar logrado a través del trabajo, 47% de los que laboran en el primer nivel de atención tienen un alto bienestar logrando a través del trabajo, contrario a los que laboran en el segundo y tercer nivel donde 66,0% y 60,4% respondieron tener bajo bienestar logrado a través del trabajo respectivamente. En cuanto a desarrollo del personal se observó que dentro del primer nivel de atención 43,2% se evalúan con alto desarrollo personal, mientras que 54,4% del segundo nivel y 44,7% tienen evaluación de bajo desarrollo personal.

Situación similar se encontró respecto a la dimensión de administración del tiempo libre donde el 60,2% del personal de primer nivel de atención evalúan como alta su administración del tiempo libre, mientras que el 42,7% del segundo nivel de atención y 37,1% del tercer nivel de atención evalúan como baja dicha dimensión. Se

concluye que el personal de enfermería que labora en la secretaria de salud pública en la ciudad de Hermosillo, Sonora México en general se encuentra medianamente satisfecha con su CVT. Existen diversas variables biosociodemográficas y del trabajo que se relacionan de forma significativa con las dimensiones del personal de enfermería.

Romero. E. (10) titulado “*Cuidado humanizado de Enfermería en pacientes hospitalizados Cartagena Colombia 2012* ”. 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 de hacer y disponibilidad para la atención.

Stevanovic. A. (11) cuyo título es “*Calidad de vida; satisfacción y placer, forma corta para la calidad de las evaluaciones de la vida en la práctica clínica*” *Conclusiones:* la calidad de vida: satisfacción y placer son algunos de las medidas de resultados utilizadas con mayor frecuencia en la investigación psiquiátrica. El objetivo en este estudio fue analizar las propiedades de Medición para la calidad de evaluaciones de la vida en los entornos clínicos, 57 adultos con un diagnóstico psiquiátrico participaron, casi todos los artículos correlaciono significativamente con la puntuación total y otras medidas

utilizadas en el estudio, con las correlaciones van desde 0,41 hasta 0,81. Por último Q-LES-Q es 80 % sensible y específica medida 100% se demostró que podía producir evaluaciones clínicas fiables y válidas de la calidad de vida.

Zaracho, Y. (12) *“Correlación de calidad de vida- satisfacción y niveles de Burnout Asunción. Paraguay 2011”*. La presente investigación es de tipo no experimental, busca conocer la relación existente entre calidad de vida-satisfacción y niveles de Burnout en cajeros de supermercados de la ciudad de Asunción. Los instrumentos aplicados son el cuestionario de calidad de vida, satisfacción de Endicott y el inventario de Maslach de Burnout. El análisis y procesamiento de los datos aplicó técnicas estadísticas descriptiva e inferencial los objetivos propuestos se alcanzaron y se sugiere el estudio de otras muestras de trabajadores tanto de ámbitos públicos como privados, sus condiciones de trabajo o variables psicológicas relacionadas a los mismos y aportar resultados importantes para desarrollar políticas de salud laboral, presentan valores sumamente significativos ($p < 0,01$) del Coeficiente de Correlación Lineal Rho, por lo cual se puede interpretar que entre los participantes de la investigación “mientras se perciba mejor Calidad de Vida y Satisfacción, aumenta la sensación de Realización

Personal, disminuyen el Cansancio emocional y la despersonalización y viceversa.

Sosa, O. (13) titulado “*Calidad de Vida profesional del personal de enfermería 2010. México*: llego a las siguientes conclusiones; Predomino el género femenino con 82,3%, la edad promedio fue de 37 años, 56.3% son casadas (os) y 37,9% tienen nivel de licenciatura; predomino la buena calidad de vida profesional en las unidades evaluadas con 89% de acuerdo a indicadores: apoyo directivo se evaluó como bueno con 62,1%, motivación intrínseca excelente con 55,3% y cargas de trabajo regular con 56,9%.

Las conclusiones; el personal de enfermería cuenta con buena calidad de vida profesional, sin embargo manifestaron recibir poco apoyo e información por parte de los directivos sobre su trabajo.

Para alcanzar una CVP superior y masiva es hacer coincidir las aspiraciones laborales del individuo con el puesto de trabajo, proceso largo y complejo, cuyo avance solo es posible en una sociedad que marche por los caminos de la construcción de un desarrollo económico-social basado en la ciencia y la técnica que permita hacer coincidir las capacidades del individuo, el puesto de trabajo y el interés social.

Es prioritario para incrementar la calidad de atención brindada, favorecer las acciones encaminadas a mejorar las condiciones de trabajo y que implique incremento del nivel de Calidad de Vida Profesional del personal de enfermería, que si bien fue evaluada globalmente como buena, existe factores que se reprobaron, relacionados directamente con la labor y personal administrativo de la profesión. Con base en lo anterior consideremos importante continuar en la realización de estudios que eleven la productividad y calidad de vida del gremio de Enfermería, recordando que la calidad que este personal perciba en cuanto al trato que recibe, influirá en la atención que se brinde al usuario.

Hernández, L. (14) en su estudio *“Percepción del cuidado de profesionales en enfermería”* Concluyo que existe diferencias en relación a la concepción de cuidado entre los grupos de enfermeras(os) generales y master las categorías del cuidado investigadas, los resultados apuntaron a la necesidad de mayor unión entre la enseñanza y su aplicación en el ejercicio de la aplicación.

Schonhaut L, Rojas P, Millan T. (15). Titulado *“Calidad de vida de los médicos residentes del programa de Formación de Especialistas en Pediatría. Chile 2009.”* Concluyeron en dicho estudio, de carácter

exploratorio, nos brinda una visión sobre aspectos relacionados con la CV y salud mental de los residentes de Pediatría de nuestro país: sin duda sería interesante continuar con esta línea de investigación, incorporando instrumentos estandarizados y aspectos cualitativos, para indagar en profundidad sobre los factores estresantes y las fortalezas de los Programa de Formación de Especialistas, el modo de diseñar e implementar mecanismos protectores para nuestros residentes.

A partir de los resultados obtenidos, podemos destacar que la mitad de los residentes de pediatría declaró problemas de salud física y un tercio problemas de salud mental, a pesar de lo alarmante de dichas cifras, llama la atención que un porcentaje significativo de los encuestados “no lo está pasando bien por sentirse mas deprimidos, estresados y menos contentos desde que comenzó el programa de residencia. El 96 % manifestó que durante su participación en el PFE se había visto afectada la cantidad y calidad del tiempo libre familiar y personal. El 53 % de los encuestados mencionó espontáneamente la carga asistencial excesiva y 33 % la falta de docencia y de adecuada supervisión. El 90 % de los residentes refirió falta de sueño y 70% sentía que trabajaba en exceso, a pesar que el 59,5% trabajaba horas extra programáticas, la mayoría haciendo guardias nocturnas.

Juárez C, Sate M, Villarreal P. (16) titulado *“Cuidados humanizados que brindan las enfermeras a los pacientes en el servicio de Unidad de terapia intensiva 2009 ”* siendo las conclusiones : que las enfermeras contaban entre 31 a 41 años de edad en un 67 %, la antigüedad en el servicio fue de 8 años con un 44 %, en cuanto a la dimensión interacción – paciente; el 78% tenían una relación cercana con el paciente, según trato respetuoso al paciente el 83 % dice que si, según el interés por el paciente el 83% dice que si, el 83 % hay disponibilidad de acercarse al paciente ,el 83 % tiene interés por conocer preferencias por el paciente. En tanto a la dimensión de apoyo emocional procura el bienestar del paciente en un 94 %, el relación a cuidados en apoyo físico; contacto con el paciente en un 89%.

Rodríguez L, Fernández B, (17) en su estudio *“Correlación entre carga de trabajo, síndrome de Burnout y calidad de vida en una Unidad de Críticos 2008.”* Estudio descriptivo y transversal obteniendo resultados según la media obtenida del MBI en los tres aspectos (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) se observo: una media puntuación de MBI superior en la mujer que en el hombre; mayor en casados que en solteros. El cansancio emocional y la realización personal son menores en el hombre que en la mujer y la

despersonalización es superior en el hombre. Conclusiones: de 3 a 6 años, mayor cansancio emocional; de 6 a 9 años, mayor nivel de despersonalización; personal con más de 9 años de antigüedad en el servicio, máximo grado de realización personal. No hay que olvidar que, como bien dijo Salvador Alemán Catedrático de Ciencias aplicadas a la salud en la Escuela Universitaria de Enfermería de las Gran Canarias; El que cuida, precisa ser cuidado.

Romero, N. (18) en su estudio de: *Calidad de vida de las (os) profesionales de Enfermería y sus consecuencias en el cuidado 2008*. Se encontraron resultados como de los encuestados 218 participantes en el congreso, el 73% refiere que en el actual sistema de seguridad social en salud la calidad del cuidado ha empeorado; el 49% refiere el agotamiento o cansancio psíquico; el 85% considera que con su salario satisface la necesidad de subsistencia de ellas(os) y sus familiares, la posibilidad de realizar otras necesidades, como la del entretenimiento, se da solo en un 22%; el ocio en un 14%, y el afecto, en un escaso 5 %. Y las conclusiones fueron; que la calidad de vida de las y los profesionales de enfermería demuestra que la relación entre carencias y potencialidades presenta un desbalance hacia el empobrecimiento con la escasez de satisfactores positivos en el tener, el estar y el hacer, debido a que los profesionales son vistos como

menos recursos y no se trasciende la perspectiva de persona-objeto a persona-sujeto de desarrollo.

Barraza, C. (19) en su estudio *“Factores relacionados a la calidad de vida y satisfacción en estudiantes de enfermería Las Universidades en su rol de formadoras 2009”*, deben proporcionar un ambiente académico que favorezca la calidad de vida de los estudiantes

Objetivo: determinar los factores que se relacionan con la CV y satisfacción en estudiantes de enfermería, Universidad de Concepción, Chile 2009, la muestra formada por 228 estudiantes. Se aplicó el cuestionario calidad de vida y satisfacción (Q-Les-Q) y cuestionario con variables académicas y extraacadémicas, previo consentimiento informado. Se utilizó estadística descriptiva, coeficiente r de Pearson, regresión lineal ANOVA. Resultados: los estudiantes mostraron niveles buenos y muy buenos de CV (calidad de vida) y satisfacción (90,4%), pero refirieron baja percepción en apoyo docente, flexibilidad malla curricular (ambos con 35,9%) y discriminación de la comunidad académica (37.7%) aunque ninguna se relacionó con el nivel de CV y satisfacción.

El análisis bivariado mostró relación estadísticamente significativa entre CV (calidad de vida) y satisfacción y las variables éxito

académico, roles del estudiante, relaciones sociales y apoyo familiar. Conclusión; Existe factores académicos y extraacadémicos presente en la CV. Y satisfacción de los estudiantes. La variable roles del estudiante presentó relación inversa a la esperada, donde el grupo con multirroles presento mejor CV y satisfacción que los grupos bien remunerado, no remunerado y unirol.

Gonzales J, (20) en su estudio “ *Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención 2009* ” Refiere que la percepción de cuidado humanizado por parte de los pacientes, las categorías fueron calificadas en su totalidad en un rango bueno, lo que indica que el personal de enfermería está capacitado y es apto para brindar una buena atención, esto es importante ya que contribuye al fortalecimiento de los comportamientos que fueron menos percibidos.

Fernández, A. (21) en su estudio “*Calidad de vida profesional de los profesionales de Enfermería en atención Primaria de Soria Biblioteca las casas*”. Los resultados encontrados son: En relación con las tres dimensiones valoradas la media mas alta se encuentra en la motivación intrínseca con 7,82 , la demanda de trabajo con una media

de 5,71 siendo la dimensión con la media más baja el apoyo directivo con 4,90 respecto a la pregunta capacidad para desconectar del trabajo, presenta una media de 7,85. No se encuentran diferencias significativas entre la calidad de vida global y el sexo ni la edad, en realidad respecto a la CVP (calidad de vida profesional) percibida no encontramos relación con ninguna variable sociodemográfica ni laboral; pero si se observa que al trabajar en el centro urbano aumenta la satisfacción con el tipo de trabajo, que es una de las preguntas del cuestionario.

La prueba de correlación de Pearson nos muestra que existe relación entre el apoyo directivo y la CVP percibida y entre la motivación intrínseca y la CVP, no existiendo relación significativa entre la demanda de trabajo y la CVP. El porcentaje de la CVP percibida que queda explicado por el apoyo directivo es de 47,1 %, por la motivación intrínseca es de 34,7% y por la demanda de trabajo es de 17,2%.

Rivera, L. (22) en su estudio *“Cuidado humanizado de Enfermería: visibilizado la teoría y la práctica, en la clínica del country 2013”* Los hallazgos mostraron que el cuidado humanizado se percibió con los comportamientos en donde se priorizó a la persona se reflejaron las cualidades de la enfermera se destacaron las características de las

enfermeras, se atendieron los sentimientos de la paciente. Los comportamientos del cuidado que fueron percibidos en menor medida por el usuario fueron la empatía, el apoyo emocional, la proactividad, y la disponibilidad para la atención.

A nivel nacional:

Espinoza M. (23) cuyo título es *“El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital Essalud Huacho 2010*. Los resultados muestran que algunas veces se percibe un 44% de apoyo en el cuidado, un 47,7% de apoyo emocional, un 35,4% de apoyo físico, un 32,2% de cualidades de enfermería, un 30,8% de proactividad, un 52,3% de empatía y un 55,4% de disponibilidad en el cuidado. Un 36,9% nunca percibió una priorización en su cuidado. Se concluye, pues, que existe una baja percepción del cuidado humanizado por parte del profesional de enfermería hacia los pacientes, lo que evidencia una atención de baja calidad.

Valderrama O, (24) Cuyo título es *“Cuidado humanizado de enfermería y nivel de satisfacción de los familiares de usuarios atendidos en el servicio de Emergencia del Hospital de Barranca 2010”*. Encontró que el 59,9% del personal de Enfermería en el Servicio de Emergencia brinda una atención con cuidado humanizado,

mientras que el 40,1% brinda una atención sin cuidado humanizado. El 43,6% del personal de Enfermería contratado no brindó un cuidado humanizado, mientras que del personal nombrado, solo el 20,5% no brindó un cuidado humanizado, diferencia significativa ($p=0,004$). Los resultados demostraron que existe asociación entre el cuidado humanizado de Enfermería y el nivel de satisfacción del familiar del paciente, es decir, que en la medida que el paciente reciba un cuidado humanizado satisfactorio de Enfermería, el familiar del paciente se sentirá más satisfecho con la labor de la enfermera ($p=0,001$). Concluye que la satisfacción del familiar del paciente atendido en la Unidad de Emergencia del Hospital de Barranca está directamente relacionada con el mayor cuidado humanizado recibido del profesional de Enfermería.

2.2. MARCO TEÓRICO:

2.2.1. Calidad de vida:

El interés por la calidad de vida en el trabajo tiene su origen en tiempos remotos, y se encuentra ligados a la revolución de la administración. A medida que evoluciona la especialización de las tareas y la estructura de las organizaciones en busca de la eficiencia, se hizo notoria la rutina del trabajo así como un incremento en el

ausentismo, lo que propició una disminución de la calidad de los productos. (25)

Ante esta situación aumentó la supervisión y el control laboral, provocando deshumanización en el trabajo; la falta de interés por trabajar, lo que ocasiona mayor dificultad para contar con trabajadores aptos y suficientes en las empresas.

La calidad de vida es un término que surgió con fuerza a partir de los 80 cuando el aumento de las enfermedades crónicas, el avance de los tratamientos y la introducción de conceptos como rehabilitación y atención comunitaria adquirieron un peso específico relevante en el campo de la salud.

García, menciona que la calidad de vida permite ser mas operativa, a priori mas medible, desde entonces ha generado un volumen asombroso de estudios y se ha convertido en el objetivo central de las políticas sociales y económicas de los gobiernos, en los países desarrollados. Sin embargo en los últimos años, se cuestiona la sostenibilidad del estado de bienestar que, en definitiva, es el resultado último de la calidad de vida (26).

Definiciones:

Endicott (1993) define Calidad de vida y satisfacción como : el grado de placer y satisfacción con respecto a la salud física, los sentimientos subjetivos de bienestar, el trabajo, las tareas del hogar, la escuela, actividades de ocio, relaciones sociales y actividades generales así como la satisfacción con la medicación y la vida global.(27).

Las dimensiones que considera son:

- *Estado de salud física/ actividades:* considerado por si siente dolores, molestias, esta descansado, tiene energía, excelente estado de salud, horas de sueño suficiente, siente bien básicamente, cumple con energía y vitalidad.
- *Estado de ánimo:* esta dado por si tiene mente despejada, satisfecho con su vida, es alegre capaz de comunicarse con otros, cuida su aspecto físico, realiza con ganas actividades físicas, es capaz de cuidar a si mismo.
- *Trabajo:* realiza trabajo voluntario, se siente a gusto en su trabajo, resuelve problemas en el trabajo, pensó con claridad en el trabajo, logro sus metas en su trabajo, se siente interesado por su trabajo, trabaja cuidadosamente.
- *Actividades en casa:* se considera si tiene responsabilidad en casa, esta satisfecho con la limpieza de su habitación, satisfecho con el pago de sus deudas, satisfecho con preparar

la comida, satisfecho con tareas domésticas, toma decisiones en tareas de la casa.

- *Tareas de cursos /de clase:* participa de curso en centros de capacitación, disfruta de las tareas del curso, tiene deseos de realizar las tareas encomendadas en las capacitaciones, se interesa por las tareas, se siente bien realizando las tareas.
- *Actividades de tiempo libre:* con que frecuencia utiliza el tiempo libre, disfruta de las actividades, se concentra en realizar las actividades en el tiempo libre, mantiene interés frecuentemente en las actividades.
- *Relaciones sociales:* se divierte estando con amigos o familiares, tiene deseo de reunirse con amigos o familiares, realiza planes para reuniones con amigos o familiares, disfruta conversando con amigos, se interesa por los problemas de otras personas. Siente cariño por las personas.
- *Actividades generales:* a nivel global de satisfacción, su estado de salud física, el estado de ánimo, las relaciones sociales, actividades en tiempo libre, deseo sexual, interés por el rendimiento o desempeño etc.

La calidad de la vida laboral se identifica como Quality of Work Life (QWL) es la calidad total de la experiencia humana en el lugar de trabajo (28).

Es un importante indicador en la calidad total de la experiencia humana en el lugar del trabajo. Permite recordar que el alto desempeño en cualquier escenario de trabajo puede y debe alcanzarse por medio de los altos niveles de satisfacción laboral.

Los diferentes conceptos y teorías que se aplica en Comportamiento Organizacional reflejan los tema de la QWL (QVality of Work Life) y la teoría Y. Los sellos distintivos de la excelencia en la administración y las organizaciones de hoy son la delegación de autoridad: incluir a las personas de todos los niveles en la toma de decisiones; la confianza; rediseñar los puestos, sistemas y estructuras para darle a las personas mas albedrio en su trabajo; las recompensas construir sistemas de recompensas que sean justas, pertinentes y congruentes, a la vez de contingentes al desempeño en el trabajo; la sensibilidad; hacer que el escenario de trabajo sea mas agradable y que apoye las necesidades del individuo y las responsabilidades con la familia y el equilibrio trabajo- vida- personal asegura que las demandas del puesto de trabajo se adaptan razonablemente a la vida

personal y demás responsabilidades de la persona. El compromiso QWL es congruente con lo que se denominó capital intelectual de una organización, implica poner a las personas en término en prioridades organizacionales.

Fernández (22) aborda el tema de CVP, con el personal sanitario específicamente en enfermería, quien lo define como “el sentimiento de bienestar que se deriva del equilibrio que el individuo percibe entre las demandas o cargas de la profesión y los recursos psicológicos, organizacionales y relacionales de que dispone para afrontar estas demandas.”

De esta manera el concepto de CV (calidad de vida) es amplio, multidimensional y heterogéneo por la estrecha relación entre aspectos personales y de trabajo que pueden ser relevantes para el rendimiento laboral del individuo como la: cultura, familia , el tiempo libre, horarios, cargas de trabajo, y salarios; por lo que la CV puede tener repercusiones en el equilibrio social, emocional y laboral del individuo.

Particularmente los trabajadores de centros hospitalarios y en especial el personal de enfermería se encuentran expuestos a una

serie de riesgos laborales conocidos como productores de afectación de su calidad de vida. Sosa (14).

Para Sen, el concepto de calidad de vida se evalúa en términos de capacidades, oportunidades y funcionamientos que permiten a las personas sentir placer, satisfacer sus preferencias y alcanzar metas sociales e ideales de buena vida. Las capacidades son aquellas habilidades humanas, elementos constitutivos del ser, para alcanzar estados valiosos como el bienestar y la libertad a través de varios “quehaceres y seres”; los funcionamientos son herramientas otorgadas por el medio para hacer uso de esas capacidades; las oportunidades corresponden a aquello que las personas son realmente capaces de alcanzar. (29).

Según French , el término de “ calidad de vida en el trabajo” tuvo sus orígenes en una serie de conferencias realizadas al final de los años 60 y 70 por el Ministerio de trabajo en Estados Unidos y la Fundación Ford de OHIO ; se consideró que el término significa más la satisfacción del puesto de trabajo y que incluía otras nociones; como la participación en por lo menos algunos de los momentos de adopción de decisiones, el aumento de la autonomía en el trabajo diario y el rediseño de puestos, sistemas y estructuras de la

organización, con el objeto de estimular el aprendizaje , la promoción y una forma satisfactoria de interés y participación en el trabajo. (30)

Entonces podemos decir que CVT (Calidad de vida de trabajo) es una filosofía de gestión que mejora la dignidad del empleado, realiza cambios culturales y brinda oportunidades de desarrollo y progreso personal.

Gibson (1996) agrega que CVT es una filosofía un set de creencias que engloba todos los esfuerzos por incrementar la productividad y mejorar la moral (motivación) de las personas, enfatizando la participación de la gente, la preservación de su dignidad, y eliminando los aspectos disfuncionales de la jerarquía organizacional en estas definiciones se realiza aspectos de desarrollo personal del trabajador y otro la eficiencia empresarial.

Herrera y Cassals, la CVT es el grado en que los miembros de un colectivo son capaces de satisfacer las necesidades personales a través de sus experiencias en el contexto organizacional, actuando sobre aspectos importantes para el desenvolvimiento psicológico y socio profesional del individuo, produciendo motivación en el trabajo, mejorando la capacidad de adaptación a los cambios en el ambiente

de trabajo y mejorando la creatividad y la voluntad para innovar y aceptar los cambio en la organización. (31).

CRITERIOS PARA ESTABLECER UN PROYECTO DE CALIDAD DE VIDA EN EL TRABAJO:

- Suficiencia en las retribuciones: esto puede ser logrado por suficiencia en los ingresos para mantener un estándar social aceptable para vivir.
- Condiciones de seguridad y bienestar en el trabajo: establece condiciones de trabajo que minimicen el riesgo de enfermedades y daños; una edad límite en el trabajo que es potencialmente perjudicial para aquellos de menor o mayor edad de lo establecido.
- Oportunidades inmediatas para desarrollar las capacidades humanas: se incluyen en esta categoría la autonomía, el uso de múltiples habilidades mas que la aplicación repetitiva de una sola, retroalimentación acerca de los resultados de una actividad como una base de autorregulación.
- Oportunidades de crecimiento continuo y seguridad: este proceso abarca asignación de trabajo y propósitos educacionales para expandir las capacidades del trabajador, oportunidades de ascenso y seguridad en el empleo.

- Integridad social en el trabajo de la organización: esto significa liberarse de prejuicios; movilidad, apertura interpersonal, apoyo constante a los equipos de trabajo.
- Balancear entre trabajo y vida: esto significa que los requerimientos de trabajo, incluyendo programas presupuesto, asuntos urgentes, y viajes, no se tomen del tiempo de ocio o del tiempo familiar como algo cotidiano, y que las oportunidades de ascenso no requieran frecuentemente de cambio geográficos. (34).

BENEFICIOS DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL TRABAJO:

La implementación de proyectos de calidad de vida en el trabajo, puede resultar beneficios tanto para la organización como para el trabajador, lo cual se puede reflejar en:

- Evolución y desarrollo del trabajador
- Una elevada motivación
- Mejor desenvolvimiento de sus funciones
- Menor rotación en el empleo
- Menores tasas de ausentismo
- Menores quejas
- Tiempo de ocio reducido
- Mayor satisfacción en el empleo
- Mayor eficiencia en la organización.

De acuerdo al grupo de expertos en la mejora de la CVT de las personas mayores dependiente (Oshea, 2013), las dificultades para conceptualizarlas y medirla no impiden reconocer una serie de hechos:

- a) La salud influye en gran medida en el bienestar de las personas
- b) Las capacidades físicas afecta a la CVT
- c) Los factores psicológicos influyen en el bienestar, la vivienda y el entorno adecuados influyen positivamente en la CVT
- d) El aislamiento social repercute negativamente en la CV
- e) el autoestima, independientemente de la edad, es un elemento importante para cualquier persona.
- f) La privatización económica daña enormemente la CV y las posibilidades de los individuos.

Relacionado la CV con la salud y su atención, puede decirse que, de acuerdo con Espinoza y Morris, el excesivo énfasis en los aspectos tecnológicos y el deterioro de la comunicación entre el equipo de salud y el paciente le han ido quitando a la relación de ayuda profesional la calidad y calidez que fue otrora soporte social para el paciente y fuente de gratificación y reconocimiento para el profesional de la salud. (33) .

Cuando los niveles de bienestar de las enfermeras y enfermeros se afectan negativamente, cuando la capacidad de participación esta constreñida; la dimensión política es causa de exclusión, la educación y la salud dejan de ser oportunidad para el desarrollo personal y social de las capacidades humanas cuando el trabajo y el ocio dejan de ser espacios para el desarrollo de la creatividad y el crecimiento humano, como necesidades fundamentales del ser y el trabajo pasa a ser una condición de explotación y alineación, cuando estas carencias o deficiencias, entre muchas otras , suscitan la reflexión sobre la calidad de vida, es porque hay evidencias que hablan de una situación de pobreza que afectan las necesidades fundamentales de los cuidadores y constituyen la adversidad en el cuidado.

Para la teoría del desarrollo a escalas humanas, el sentido de pobreza no se restringe al umbral de ingresos económicos y no es el adecuado para comprender su esencia, por ello propone hablar de pobrezas, porque, afirma “Cuando una necesidad humana fundamental no es adecuadamente satisfecha revela una pobreza humana” (34) .

Es evidente la precarización del trabajo de la enfermera, comprendida como un fenómeno de desprotección social y laboral, en el cual el sentido de trabajo, como condición básica y fundamental de la vida

humana y de las relaciones sociales, se transforma en un concepto adinámico porque los sujetos limitan las posibilidades de desarrollar sus potencialidades humanas.

Las investigaciones presentadas en el Perú reportan situaciones reales de retroceso, tales como: se han perdido la estabilidad laboral, las prestaciones sociales, los recargos nocturnos y festivos, se incrementan las jornadas laborales, sociales, ético y moral. Las profesionales de enfermería son cosificadas, el trato laboral es indigno y no se les reconoce la inversión social que la familia y la sociedad han puesto en la formación de dicho talento humano; se les trata como innecesaria y sustituibles por un personal más barato, por ello recurren a reemplazarlas en algunas de sus funciones por auxiliares de enfermería que no son garantía de calidad, por la inexistencia de controles de calidad en su formación y por la escandalosa apertura de instituciones de “garaje” que bajo el concepto de libre mercado se abren para vender títulos de educación no formal en Colombia.

En este marco de condiciones laborales del personal de enfermería y de privatización y mercantilización de la salud, se encuentra que el cuidado de enfermería se está deteriorando por las condiciones en que se ejerce, y se obtienen cada vez más argumentos que soportan la

premisa de que existe una expropiación de la esencia y del sujeto de cuidado, que esta llevando a desvirtuar la esencia del rol profesional (35) Rol entendido como la respuesta a las expectativas sociales que tipifican los comportamiento o acciones laborales (36,37) .

También se puede mencionar que el cuidado de enfermería se encuentra entre las condiciones que profundizan las exclusiones del derecho a la salud, pero por otro lado se encuentran manifestaciones que resisten a la pérdida de sentido del humor (38).

De quienes están inmersos en la cotidianidad de ambientes de trabajo que reducen el desarrollo humano a la subsistencia y la calidad de vida a bajos niveles de ingresos. Por esta razón es necesario conocer y comprender las transformaciones que se dan en el mundo laboral, en términos de capacidades y potencialidades en la satisfacción de las necesidades fundamentales, explorando la calidad de la satisfactores que contribuyen a la realidad de dichas necesidades mediante la adquisición de bienes para el logro de una adecuada calidad de vida.

2.2.2. CUIDADO DE ENFERMERÍA:

Etimología Del Cuidado:

La palabra cuidado viene del latín cogitatus, con la habitual pérdida de la intervocálica y la sonorización de las intervocálicas, cogitatus (reflexión, pensamiento, interés reflexivo que uno pone en algo), es un nombre de resultado a partir de cogitatus, el principio de cogitare (pensar, reflexionar). Según la frase de Descartes, cogito, ergo sum. El verbo cogitare se compone de co (acción conjunto o global) y agitare (poner en movimientos, agitar, darle vueltas a las cosas), un frecuentativo de agere (llevar adelante, hacer avanzar, mover, tratar, actuar). (39).

También el cuidado como una actitud de responsabilidad y involucramiento afectivo con otro ser humano, “la palabra cuidada incluye dos significaciones básicas, íntimamente ligadas entre sí: la primera actitud de desvelo, de solicitud y de atención para con el otro. La segunda de preocupación y de inquietud, porque la persona que tiene cuidado se siente envuelta y afectivamente ligada al otro”

Para Morse el cuidado se compone en elementos del cuidado el encuentro del ser y la actualización entre personas enfermeras y paciente, en una transacción intersubjetiva “estar con y hacer con”,

que ocurre en un tiempo y espacio tal y como son percibidos por el enfermero y la enfermera(o) y con una finalidad determinada (bienestar y actualización) (40).

Benner y Wrubel. Afirman que “cuidar o tomar contacto, es el elemento esencial de la relación enfermera cliente y la capacidad de la enfermera(o) para empalmar o “sentirse desde” el paciente, representa la principal característica de las relaciones profesionales” (40)

PARADIGMAS DEL CUIDADO

En el área de la ciencia enfermera, los autores han propuesto una terminología específica de estos paradigmas teniendo en cuenta su influencia sobre las concepciones de la disciplina. Las denominaciones utilizadas aquí están inspiradas en los trabajos de Newman, Sime y Corcoran-Perry (1991) y de Newman (1992). Se trata de los paradigmas de la categorización, de la integración y de la transformación. Los describimos brevemente; Presentamos igualmente cuatro orientaciones generales de la disciplina enfermera en el seno de estas corrientes de pensamiento. Se trata de orientaciones hacia la salud pública, la enfermedad, la persona y la apertura sobre el mundo. Analizamos estas orientaciones en relación a los conceptos que tienen actualmente un cierto consenso en el seno de la disciplina enfermera,

es decir, los conceptos “cuidado”, “persona”, “salud” y “entorno”. Finalmente estudiamos las características de la práctica, de la información, de la investigación y de la gestión en la ciencia enfermera. (41).

- **Paradigma de la Categorización**

Según el paradigma de la categorización, los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables.

Un cambio en un fenómeno es consecuencia de condiciones anteriores. Así, los elementos y las manifestaciones conservan entre si las relaciones lineales y causales. Bajo el ángulo de este paradigma, el desarrollo de los conocimientos se orienta hacia el descubrimiento de leyes universales.

Aplicando en el campo de la salud, este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. Por ejemplo, el aislamiento diferenciado de las bacterias ha permitido clasificar y asociar estas bacterias a los signos y síntomas precisos de enfermedades en el ser humano. Estas manifestaciones poseen características bien definidas y medibles.

Pueden ser ordenadas, tienen entre sí secuencias definidas de aparición y de enlaces previsibles.

El paradigma de la categorización ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión enfermera, una orientación centrada en la salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad y, más tarde, una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica.

Orientación hacia la salud pública:

Los escritos referidos a la orientación hacia la salud pública se sitúan en el alba de la sociedad moderna occidental, desde el siglo XIX. La necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios caracteriza esta orientación. Recordemos que, a mitad del siglo XIX, la mayoría de la población no sabe nada acerca de infecciones bacteriológicas y sobre los modos de propagación de la enfermedad, e ignora las precauciones más elementales. Son las motivaciones espirituales y humanitarias las influyen profundamente los cuidados enfermeros de la época. En efecto, el cuidado que se dedica a la envoltura corporal tiene por fin mantener el cuidado del alma (Copliere, 1986).

Según Nightingale, los cuidados enfermeros están basados no solamente en la composición, sino también en la observación y la experiencia los datos estadísticos, el conocimiento en la higiene pública y en nutrición y sobre las competencias administrativas (Nightingale, 1859-1969). La preocupación de la enfermera que está al lado de personas enfermas o sanas consiste en proporcionar al paciente el mejor entorno posible para que las fuerzas de la naturaleza permitan la curación o el mantenimiento de la salud. La actividad de la enfermera está dirigida hacia la persona y su entorno con la intención de mantener y recuperar la salud, la prevención de las infecciones y heridas, la enseñanza de los modos de vida sana y el control de las condiciones sanitarias.

Los cuidados enfermeros van dirigidos a todos, enfermos y gente sana, independientemente de las diferencias biológicas, clase económica, creencias y enfermedades. Nightingale considera a la persona según sus componentes: físico, intelectual, emocional y espiritual, así como por su capacidad y su responsabilidad para cambiar la situación existente, este potencial de la persona es asimismo reconocido en la actividad enfermera orientada hacia el cambio del entorno, puesto que tiene por objeto la mejora de las condiciones de vida personales y comunitarias.

Si el aire fresco, la luz, el calor, la limpieza, el agua pura, la tranquilidad y una dieta adecuada permiten a la persona que sufre movilizar sus energías hacia la curación y a la que goza de salud, conservarla, luego, estos factores del entorno son válidos tanto para la recuperación de la salud como para prevención de la enfermedad. Nightingale (1859-1969) las ha llamado “leyes de la salud o del cuidado enfermero” (pag.9). La salud no es solamente lo opuesto a la enfermedad: este concepto significa igualmente “la voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos” (Nightingale, 1885; traducción libre, pag.1043). Toda información relativa a la mejora de las condiciones sanitarias favorece la salud. El cuidado es a la vez un arte y una ciencia, por lo que requiere una formación formal.

Estas ideas guían a “Nightingale” hacia la elaboración de un plan para la formación de enfermeras competentes. Después de la guerra de Crimea, la Fundación Nightingale, gracias a los donativos de un público agradecido, permite establecer una escuela de enfermeras, independiente de los hospitales. Las profesoras forman a los estudiantes para trabajar en el medio hospitalario, pero igualmente al lado de la familia en la comunidad (Dolan y Cols., 1983). Florence Nightingale estuvo dispuesta a dar a las enfermeras una formación

basada, tanto en el mantenimiento y recuperación de la salud, la prevención de las infecciones y heridas, y el control del entorno, como en la promoción de la salud (Reed y Zura-Kowski, 1989).

Según Florence Nightingale, son las personas que han recibido una formación de enfermera las que deben administrar los cuidados. Solo las enfermeras, que son clínicas excelentes y que comprenden los principios de una gestión eficaz de los cuidados tienen la competencia de cumplir este trabajo (Henry, Woods y Nagelkerk, 1990). Además, con un objetivo de eficacia y de reducción de costos, cree firmemente en la necesidad de no utilizar el tiempo de las enfermeras en trabajos (limpieza, transporte de enfermos, etc.) que las aleja del cuidado de los enfermos.

La orientación hacia la salud pública está caracterizada por la necesidad de aplicar los principios de higiene pública, la utilización de conocimientos estadísticos comparativos así como por una enseñanza formal y rigurosa, eje de una formación práctica en los medios clínicos y comunitarios.

Como resultado del progreso de los conocimientos en salud pública, se ha puesto de manifiesto la necesidad de programas educativos en

salud, de prevención de las enfermedades infecciosas y de higiene industrial. Hasta finales de la década de los años 30, la mayoría de las enfermeras trabajan en servicio privado, en el domicilio y el hospital, o en higiene pública, empleadas por ayuntamientos o compañías aseguradoras, o incluso ocupan un lugar de supervisora o de profesora en el hospital. Todas participan activamente en el progreso de las condiciones socio sanitarias de las comunidades (Dolan y Cols., 1983).

Orientación hacia la enfermedad

La orientación hacia la enfermedad se sitúa a finales del siglo XIX en un contexto marcado por la expansión del control de las infecciones, es decir, la mejora de los métodos antisépticos, de asepsia y de las técnicas quirúrgicas (Dolan y Cols., 1983). La erradicación de las enfermedades transmisibles es la prioridad de los años 1900 a 1950. Aparece igualmente la formulación de diagnósticos médicos basados en la asociación de síntomas observables a partir de fallos biológicos (Allan y Hall, 1988; Dolan y Cols., 1983). Las enfermedades físicas son consideradas como una realidad independiente del entorno, de la sociedad y de la cultura. La salud es concebida como la ausencia de enfermedad; el origen de la enfermedad se reduce a una causa única. El factor causal orienta al tratamiento, y se dejan de lado los demás

factores personales o ambientales. El objetivo de la medicina técnica científica es estudiar la causa de la enfermedad, formular un diagnóstico preciso y proponer un tratamiento específico al diagnóstico establecido (Allan y Hall, 1988).

Según esta orientación, el cuidado está enfocado hacia los problemas, el déficit o las incapacidades de la persona. La enfermera delimita las zonas problemáticas que son de su competencia que, como habíamos dicho, está muy unida a la de la profesión médica. Su intervención consiste en eliminar los problemas, cubrir el déficit y ayudar a los incapacitados. Intervenir significa “hacer para” las personas. La enfermera está muy atareada y ocupada (Meleis, 1991), planifica, organiza, coordina y evalúa las acciones. La persona está “bajo” sus cuidados y la de los otros profesionales de la salud. Estos profesionales son considerados expertos que poseen los conocimientos sobre los agentes nocivos a la salud. Se puede decir que no se invita a la persona a participar en los cuidados de sí misma.

Ya que la persona se puede definir como un todo formado por la suma de sus partes, cada parte es reconocible e independiente; empieza y termina en un punto fijo, sin contacto con ninguna otra parte. Así, podemos separar la dimensión biológica de la dimensión psicológica,

estudiar el sistema respiratorio independientemente del sistema endocrino y establecer los objetivos de cuidados relacionados con la función respiratoria separadamente de los objetivos unidos a la función nerviosa. Según esta perspectiva, la persona depende de las condiciones en que se encuentra y trata de controlarlas para promover su salud y su bienestar. La salud es equilibrio altamente deseable.

La salud es percibida como “positiva” mientras que la enfermedad es percibida como “negativa”. La salud es sinónimo de ausencia de enfermedad. La muerte, como la enfermedad, se debe combatir a cualquier precio. En lo que concierne al entorno es un elemento separado de la persona. El entorno es físico, social y cultural. En general es hostil al ser humano. Dado que es percibido negativamente, debe ser manipulado y controlado. Por ejemplo, las técnicas de asepsia van dirigidas a controlar los microorganismos nocivos para el ser humano.

Así como los cuidados enfermeros están estrechamente unidos a la práctica médica, se orientan igualmente al control de la enfermedad. Dado que las tasas de mortalidad permanecen elevadas a consecuencia de las principales enfermedades contagiosas de la infancia y de la edad adulta, es ventajoso para la población poder

aprovecharse tanto de los cuidados enfermeros adecuados como de las mejoras en la práctica médica. De este modo, una formación mas avanzada en los cuidados de enfermería son un medio esencial de controlar la enfermedad (Gortner, 1983).

- **Paradigma de la Integración**

El paradigma de la integración prolonga el paradigma de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrado el contexto específico en que se sitúa un fenómeno.

En América del Norte, se sitúa la orientación hacia la persona entre 1950 y 1975. Esta orientación está marcada por dos hechos importantes: la urgencia de los programas sociales y el desarrollo de los medios de comunicación. Como reacción al sufrimiento humano vivido durante la crisis económica de los años 1930 y de la Segunda Guerra Mundial, la tendencia del mundo occidental es la de crear un sistema de seguridad social (Huffman-Splane, 1984). Escritos sobre la psicología individual (Adler, 1935), sobre la terapia orientada hacia el cliente (Rogers, 1951) y sobre la teoría de la motivación (Maslow, 1943; 1954) confirman un reconocimiento de la importancia del ser humano en el seno de la sociedad. Esta evolución social da lugar a una

diferenciación de la disciplina enfermera con relación a la disciplina médica.

Según esta orientación:

El cuidado: Va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; salud física, mental y social. La enfermera evalúa las necesidades de ayuda de la persona teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad. Centra su atención en la situación presente y utiliza los principios de la relación de ayuda (Meleis, 1991). Intervenir significa “actuar con” la persona, a fin de responder a sus necesidades. La enfermera planifica y evalúa sus acciones en función de las necesidades no satisfechas. Se vuelve una consejera experta que ayuda a la persona a escoger los comportamientos de salud mejor adaptados a un funcionamiento personal e interpersonal más armonioso.

La persona: Es un todo formado por la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas, los componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y espirituales están relacionados, de ahí la expresión: la persona es un ser bio-psico-socio-cultural-espiritual. Según esta perspectiva, la persona puede influenciar los factores preponderantes de su salud, teniendo en cuenta el contexto en que se

encuentra. Busca las mejores condiciones posibles para obtener una salud y un bienestar óptimos.

La salud: Según esta orientación a la persona, la salud y la enfermedad son dos entidades que siempre coexisten y están en interacción dinámica. La salud es un ideal que se ha de conseguir y está influenciada por el contexto en el que la persona vive. La salud óptima es posible cuando hay ausencia de enfermedad y presencia de varios elementos que constituyen la salud. Por otra parte, la salud es menos satisfactoria cuando hay enfermedad o cuando muy pocos de los elementos que constituyen la salud están presentes.

Por último, el entorno está constituido por los diversos contextos (histórico, social, político, etc.) en el que la persona vive. La interacciones entre el entorno y la persona se hacen bajo la forma de estímulos positivos o negativos y de reacciones de adaptación. Estas interacciones son circulares. Por ejemplo, la limpieza en una casa y el apoyo familiar pueden constituir un entorno positivo que favorece el desarrollo sano de un niño. Este niño, cuando sea mayor, tendrá la tendencia de crearse entornos positivos. Igualmente, un niño nacido en un medio ambiente donde reina la suciedad o la violencia creara entornos que dependerán de sus reacciones de adaptación.

La mayoría de las concepciones de la disciplina enfermera han sido creadas a partir de la orientación hacia la persona. Durante este periodo, las enfermedades también han elaborado modelos conceptuales para precisar la práctica de los cuidados y guiar la formación y la investigación enfermera. Han elaborado concepciones diferentes del modelo biomédico, según el cual se considera a la persona como una entidad divisible en subsistemas biológicos independientes los unos de los otros (Rogers, 1992).

- **Paradigma de la Transformación**

Según el paradigma de la transformación, un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Algunos presentan similitudes, pero ningún otro se le parece totalmente. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura, es una unidad global en interacción recíproca y simultánea con una unidad global más grande, el mundo que lo rodea. Conocida desde hace tiempo en el mundo oriental, esta gran corriente del pensamiento esta ya bien situada en todas las esferas del mundo occidental. El paradigma de la transformación es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo. Ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina enfermera (Newman, 1983; Parse, 1981; Rogers, 1970; Watson, 1985; 1988).

Apertura hacia el mundo:

De envergadura internacional, esta apertura hacia el mundo tuvo lugar en la mitad de la década de los 70. Quedo marcada por los siguientes hechos: se abren las fronteras, al principio en los aspectos culturales, después en la economía y finalmente en la política: la cultura occidental influye sobre la cultura oriental y viceversa; grandes movimientos de población y de dinero transforman, a la vez, la composición étnica original de un país y los mercados económicos (Huffman-Splane, 1984); las comunicaciones se intensifican y dan lugar a una proliferación de experiencias (Ferguson, 1981).

Es desde esta perspectiva que en 1978 la Conferencia Internacional sobre los Cuidados de Salud Primarios destaca la necesidad de proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo. La organización mundial de la salud (OMS), autora de la declaración de Alma-Ata, reconoce las relaciones entre la promoción, la protección de la salud de los pueblos y el progreso equitativo sobre el plan económico y social. La OMS (1978) propone la puesta en marcha de un sistema de salud basado sobre una filosofía en que “los hombres tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y la realización de las medidas de protección sanitaria que le son destinadas”. La población se vuelve agente de su propia de salud,

participando en ella como un compañero con el mismo grado que los profesionales de la salud.

Colliere (1980) resume así la filosofía de los cuidados primarios de salud: Los cuidados primarios de salud se proponen ser (para la población) un medio de respuesta a sus necesidades de salud más corrientes y más habituales, teniendo en cuenta su manera y sus condiciones de vida, e interesándose directamente en la elaboración y la puesta en marcha de una política de salud apropiada y adaptada a la forma, a la frecuencia y a la manifestación de sus problemas en este campo. Esta perspectiva va más allá del sector sanitario e interesa a todos los sectores que contribuyen al desarrollo de la salud: lucha contra la pobreza, aspectos nutricionales, saneamiento de las viviendas, protección del entorno, mayor justicia económica y social.

Dentro de esta óptica:

La persona: Es considerada como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad. Este ser, entero y único, es indisociable de su universo (Martin, 1984). La persona está en relación con su entorno o su medio próximo, ya sea exterior o interior a ella.

La salud: Está concebida como una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno. La salud no es un bien que se posee, un estado estable o una ausencia de enfermedad. Formando parte de la dinámica de la experiencia humana, la salud “se integra en la vida misma del individuo, la familia y los grupos sociales que evolucionan en un entorno particular” (Martin, 1984).

Los cuidados de salud primarios no han estado concebidos únicamente para y por las enfermeras. Sin embargo, esta filosofía acerca los cuidados enfermeros a los fundamentos de su práctica. Esta filosofía “suscita en cada persona el desarrollo de su potencial y la utilización de los recursos del medio con el fin de mejorar la calidad de vida para todos” (Martin, 1984). Se trata así de un enfoque de promoción de la salud incitando a los individuos, miembros de una comunidad, a comprometerse y a participar con objeto de mejorar su bienestar (Martin, 1986). La participación de los miembros de la comunidad en todas las actividades de planificación, realización y evaluación de los cuidados primarios de salud es un principio esencial del enfoque. Conciérne a cada individuo comprometerse, en el grado y el nivel adecuados, en la acción que lleva al bienestar del conjunto (Martin, 1986). Fontaine (1984) explica también el cambio de mentalidad necesaria.

En esta óptica (de los cuidados primarios de salud), los profesionales de la salud no poseen el poder absoluto en las respuestas que se han de dar a las necesidades de los colectivos, sino más bien se presentan como personas de recursos que caminan en el marco de un enfoque colectivo con los individuos, las familias y las comunidades, con la intención de ayudarles a encontrar los elementos de respuesta en la satisfacción de sus necesidades de salud y de desarrollo económico (Fontaine, 1984).

Las enfermeras que se adhieran a la filosofía de los cuidados de salud primarios pueden trabajar, desde una relación de igualdad, en las etapas de un proyecto sanitario con personas cuyos valores y prioridades a veces son diferentes a las suyas. Acoger la participación del otro exige espíritu abierto, tolerancia, capacidad de negociar, apertura al compromiso y apreciación de la diversidad (Pelland, 1992).

Hasta finales del siglo XIX, el hombre ha vivido “sobre” la tierra. Durante el siglo XX, ha vivido “de” la tierra. El hombre ahora toma conciencia de que vive “con” la tierra (Dufresne, 1992). Esta concientización modifica la concepción del ser humano, del entorno y de la salud (Allan y Hall, 1988). Dicho de otra manera, la expansión de los medios de

comunicaciones y la calidad de su contenido facilitan compartir los conocimientos a un ritmo cada vez más rápido. Las personas empiezan a asumir una responsabilidad mayor en la toma de decisiones en lo concerniente a su educación y su salud (Ferguson, 1981). Esta responsabilidad tiene igualmente un carácter colectivo; lo vemos manifestarse en los movimientos de mujeres y de grupos de consumidores. La población orienta sus demandas hacia una salud global y hacia una tecnología que no solamente tiene en cuenta los recursos disponibles, sino también la dignidad del ser humano.

Esta orientación de apertura sobre el mundo influye necesariamente en la naturaleza de los cuidados enfermeros. El cuidado va dirigido al bienestar, tal como la persona lo define. La enfermera, habiendo acumulado diversos conocimientos, se adelanta a la manera de ver de esta persona. La acompaña en sus experiencias de salud siguiendo su ritmo y su camino. Utiliza todo su ser, incluida una sensibilidad que comprende elementos más allá de lo visible y palpable. Intervenir significa “estar con” la persona. La enfermera y la persona atendida son compañeros en un cuidado individualizado. En una atmosfera de mutuo respeto, la enfermera crea las posibilidades de desarrollar el potencial de la persona; la enfermera también se beneficia de los lazos auténticos que ha tejido con esta persona para el desarrollo de su propio potencial.

La persona es así todo indisociable, mayor que la suma de sus partes y diferente de esta. Tiene maneras de ser únicas en relación consigo misma y con el universo, maneras de ser que forman un modelo dinámico de relación mutua y simultánea con el entorno. La persona reconoce la influencia del entorno sobre ella. La una y el otro generan las situaciones en que se encuentran. La persona evoluciona en la búsqueda de una calidad de vida que define según su potencial y sus prioridades.

La salud, por su parte, es a la vez un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona. También hace referencia al bienestar y a la realización del potencial de creación de la persona. La experiencia de la enfermedad forma parte de la experiencia de la salud, y la salud va más allá de la enfermedad siendo un aspecto significativo del proceso de cambio de persona.

Finalmente, el entorno, está compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte. Siendo distinto de la persona, el entorno coexiste con ella. Efectivamente, la persona y el entorno están en constante cambio, mutuo y simultáneo. Igual que la persona, el entorno tiene su propio ritmo y se orienta hacia una dirección imprevisible. Las preocupaciones actuales concernientes a las relaciones de esta constante interacción. El entorno evoluciona a un ritmo cuya orientación,

amplitud y velocidad están estrechamente unidas a las interacciones pasadas, presentes y futuras entre dicho entorno y el ser humano.

El cuidado humano, sin duda, está imbuido de valores, los cuales, independiente del enfoque, priorizan la paz, la libertad, el respeto, y el amor, entre otros aspectos: la paz es visualizada como un estado de conciencia, mucho más que como la ausencia de conflicto, pues según Weil (1993), la paz está en el interior de los seres humanos y es en su espíritu donde comienza las guerras. Por lo tanto el paraíso está dentro de nosotros y no en el exterior, y el camino a la paz presupone negarse al comodismo, al estancamiento, a la alineación. Es un proceso de intenso desarrollo y concientización.

En cuanto al respeto, el estudio de Kelly (1990) dice que el respeto y el cuidado constituyen la ética esencial de la enfermería, el amor es cuidado, y viceversa. A través del cuidado se cumple la misión de ayudar, amar y dar cariño. El amor es la expresión más alta del cuidado, según Bolf (2003). Se cuida lo que se ama, y al cuidar, uno se vuelve mas amoroso, el amor potencializa nuestra capacidad de cuidar. En general, el amor es interpretado sólo como un sentimiento y, al hablar del cuidado en el área de la salud. El término cuidado humano se difunde y, en cierta forma, se consagró internacionalmente Jean

Watson y Madeleine Leininger, teóricas sobre el cuidado, son las pioneras en utilizar cuidado humano en la Enfermería.

Factores del cuidado: representan la estructura para el estudio y la comprensión de la enfermería como una ciencia de cuidar y constituye una combinación de intervención:

- La formación de un sistema de valores humanístico altruistas.
- La instilación de fe y esperanza
- El cultivo de la sensibilidad para nuestro yo y el de los otros
- El desarrollo de relaciones de ayuda y confianza
- La promoción y aceptación de expresión de sentimientos positivos y negativos.
- La utilización de un proceso creativo de resolución de problemas.
- La promoción de la enseñanza- aprendizaje interpersonal; desarrollo del ambiente de apoyo, protección y/o ayuda mental, física, social y espiritual.
- La asistencia de las necesidades humanas
- La admisión de las fuerzas existenciales, fenomenológicas y espirituales.

El cuidado como una forma de ser y de relacionarse:

Roach insiste en que la necesidad de cuidado en la actualidad es mas grande que nunca. El cuidado es una forma de tener una perspectiva

ontológica. De este modo, no es sólo un privilegio o característica de la enfermería: el cuidado es una expresión de nuestra humanidad, esencial para nuestro desarrollo y realización. La enfermería posee varios requisitos y atributos que la distinguen y caracterizan como una profesión de ayuda en la cual es genuino un concepto de cuidado y que abarca todos los atributos que la hacen una disciplina humana y de ayuda.

La enfermería es la profesionalización de la capacidad humana de cuidar a través de la adquisición y aplicación de los conocimientos, de las actitudes y habilidades del papel prescrito a la enfermería.

Roach categorizó el cuidado en cinco dimensiones: compasión, competencia, confianza, conciencia y compromiso:

- La compasión comprende una relación vivida en la solidaridad con la condición humana, comparte alegrías, tristezas, dolores y realizaciones.
- La competencia define como el estado de tener el conocimiento, el juicio, la habilidad, la energía, la experiencia y motivación necesarios para responder a las demandas de las responsabilidades profesionales.
- La confianza se refiere a la cualidad de promover aquellas relaciones en las que se sienten seguras las personas. Este estado de sentir seguridad y confianza.

- La conciencia es definida como el estado de conocimiento moral, para comprender esta categoría es necesario recordar la idea de que el cuidar incluye una respuesta a un valor importante perse.
- El compromiso lo define Roach como una respuesta afectiva compleja, caracterizada por la convergencia entre deseos y obligaciones por la elección deliberada para actuar en concordancia con ambos. (42).

Los profesionales de la salud debe establecer con la persona demandante de cuidados una relación de cliente, en términos que aseguren tanto su derecho a los cuidados como su libertad de elección, teniendo presente que es un ser humano libre, capaz de informarse, de aprender y de decidir en consecuencia (43).

CUIDADO HUMANO (HUMAN CARING) según Jean Watson.

La orientación de Watson (1988) es existencial, fenomenológica y espiritual; se inspira en la metafísica, las humanidades, el arte y las ciencias. Los trabajos de Carl Rogers influyen su visión de una relación transpersonal impregnada de coherencia, empatía y de calor humano. En ciencias enfermeras, se inspira en Leininger y Goodrich. Watson considera la disciplina enfermera como una ciencia humana y un arte. (44) .

De hecho, Watson postula que el amor incondicional y el cuidado son esenciales para la supervivencia y desarrollo de la humanidad. El cuidado y el amor hacia uno mismo precede al amor y cuidado hacia los demás. El aspecto curativo de las actividades de la enfermera no es un fin en sí mismo, pero forma parte del cuidado. La contribución de las enfermeras en los cuidados de salud estará delimitada por la capacidad de las enfermeras en traducir su ideal de cuidado en su práctica.

Según Watson (1988) los cuidados enfermeros consisten en un proceso intersubjetivo de humano a humano que requieren un compromiso con el *carin*, en cuanto a ideal moral, y sólidos conocimientos. El objetivo de los cuidados enfermeros es el de ayuda a la persona a conseguir el mas alto nivel de armonía entre el alma, su cuerpo y su espíritu. El cuidado empieza cuando la enfermera entra en el campo fenoménico de otra persona y percibe y siente lo vivido por la otra persona y responde a ello, de forma que le permita exteriorizar los sentimientos a los pensamientos que el otro siempre ha soñado con exteriorizar.

Watson ha propuesto diez factores de cuidados que constituyen la base para desarrollar la ciencia enfermera, pero también para orientar la práctica enfermera:

1) Formación de un sistema humanístico-altruista de valores

Los valores humanísticos y altruistas se aprenden pronto en la vida, pero pueden recibir una gran influencia por parte de las enfermeras-educadores.

Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo.

2) Inculcación de la fe-esperanza

Este factor, que 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 a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermera-paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas que buscan la salud.

3) Cultivación de la sensibilidad para uno mismo y para los demás

El reconocimiento de los sentimientos lleva a la autoactualización a través de la autoaceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.

4) Desarrollo de una relación de ayuda-confianza

El desarrollo de una relación de ayuda-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 implica ser real, honesto, genuino y auténtico.

La empatía es la capacidad para la experiencia y, por lo tanto, sirve para comprender las percepciones y sensaciones de otra persona y para comunicar aquellas comprensiones. 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 comunicaciones. La comunicación eficaz tiene componentes de respuestas cognitivas, afectuosas y conductuales.

5) Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos

El hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como para el paciente la enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos la enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.

6) Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones

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 la ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a lo sistemático y organizado.

7) Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal

Este factor es un concepto importante para la enfermera 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-aprendizaje diseñadas para permitir que los pacientes se realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.

8) Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual

Las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos relevantes al 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.

9) Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas

La enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales de ella misma y del paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior. La comida, la eliminación de residuos y ventilación son algunos de los ejemplos de las necesidades biofísicas de mayor rango, mientras que la actividad, la inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de mayor rango.

La consecución y la afiliación son necesidades psicosociales de rango superior. La auto actualización es una necesidad superior intrapersonal-interpersonal.

10) Permisión de fuerzas existenciales-fenomenológicas

La fenomenología describe los datos de la situación inmediata que ayudan a la gente a comprender los fenómenos en cuestión.

La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenológicos. Watson considera que este factor es difícil de comprender. Se incluye para ofrecer una experiencia que estimule el pensamiento a una mejor comprensión de uno mismo y de los demás.

Watson cree que la responsabilidad de las enfermeras tiene que ir más allá de los 10 factores de cuidado y facilitar el desarrollo en el área de promoción de salud mediante las acciones preventivas de salud.

Esta meta se alcanza enseñando cambios personales a los pacientes para fomentar la salud, ofreciendo un apoyo situacional, enseñando métodos de resolución de problemas y reconociendo las capacidades de superación y la adaptación a la pérdida. (45).

Resumen de principales concepciones de la disciplina enfermera:

- CUIDADO: es el arte y ciencia humano del caring, ideal moral y procesos transpersonal dirigidos a la promoción de la armonía” cuerpo - alma- espíritu” utilizando diez factores de cuidados.
- PERSONA: forma viviente que crece, y que comprende cuerpo, alma y espíritu.
- SALUD: unidad y armonía entre el cuerpo, el alma y el espíritu.
- ENTORNO: Realidad interna y externa de las personas.

- **ELEMENTOS CLAVES:** Caring, relaciones transpersonales, factores de cuidado.

PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA:

Es definida como el proceso mental mediante el cual el profesional de enfermería obtiene momentos significativos en su interior durante la interacción del cuidado (46). La percepción de estos comportamientos es primordial para nutrir la esencia de los momentos de cuidado, dignificar al ser humano y fortalecer su autonomía.

La percepción es definida como un proceso mental del ser humano que le permite organizar de una forma significativa y clara en el interior de sí mismo, todo aquello que obtiene del exterior, para poder tener conciencia de lo que le rodea, en relación enfermera – ser cuidado, esta percepción del cuidado de enfermería hace referencia a la impresión que subyace de esta interrelación en el momento de “cuidar al otro”, y cómo se interiorizan y clasifican los momentos y acciones intencionales de la persona cuidada y de aquella denominada cuidadora.

La definición o estudios acerca de la percepción no son nuevos sino tienen orígenes filosóficos muy antiguos. Por ejemplo, Aristóteles (siglo IV a.C.) afirma que “no hay nada en la mente que no haya pasado antes por

nuestros sentidos”. Percepción según Matlin y Foley (1996) incluye la interpretación de sensaciones, dándoles significado y organización. Feldman (1999) nos dice que percepción es la organización, interpretación. (47)

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS:

- **Calidad de vida:** Es el grado de placer y satisfacción con respecto a la salud física, sentimientos subjetivos de bienestar, trabajo, tareas del hogar, la escuela , el ocio, relaciones sociales y actividades generales.
- **Percepción del cuidado:** es un proceso mental mediante el cual el profesional de enfermería obtiene momentos significativos en su interior durante la interacción del cuidado.
- **Cuidado enfermero:** consiste en un proceso intersubjetivo de humano a humano que requieren y su compromiso con el caring, en cuanto a ideal moral y sólidos conocimientos.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

Es de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal correlacional.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población de estudio la constituye el personal de enfermería que labora en la UCI (enfermeras y técnicos de enfermería) y la muestra es no probabilística por conveniencia considerándose el total de la población 19 personas.

Criterios de Inclusión:

- Enfermeras y Personal técnico del servicio de Cuidados Intensivos.
- Enfermeras y Personal técnico que deseen participar en el estudio

Criterios de Exclusión

- Enfermeras y Personal Técnico que no deseen participar en el estudio.
- Enfermeras y Personal Técnico que se encuentran de vacaciones o licencia.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para llegar a cabo el presente trabajo de investigación se utilizó la técnica de la encuesta y el instrumento para la recolección de datos fue los cuestionarios para poder medir las variables

Instrumento 01:

Cuestionario de calidad de vida, satisfacción y placer (Endicott, Harrison, Blumenthal) evalúa el grado de placer y satisfacción que experimenta el sujeto en distintas áreas del funcionamiento cotidiano, con 83 ítems que exploran las siguientes áreas:

- Estado de salud física: 13 ítems,
- Estado de ánimo : 14 ítems,
- Trabajo 13 ítems,
- Actividades del hogar: 10 ítems,
- Actividades de tiempo libre; 06 ítems,
- Relaciones sociales: 11 ítems,
- Actividades generales: 16 ítems.

Cuya evaluación final es:

-Satisfecho

-Medianamente satisfecho

-insatisfecho

Instrumento 02:

Percepción del Cuidado Humanizado: se utilizó el Caring Efficacy Scale para evaluar la autoeficacia percibida del cuidado humano que brindan las enfermeras de los servicios periféricos de Tacna.

El instrumento Caring Efficacy Scale fue desarrollado por Crolle Coates en la Universidad de Colorado-Estados Unidos 1992, con el objetivo de evaluar la percepción de autoeficacia que tiene la enfermera o enfermero para otorgar cuidados. Dicho instrumento está basado en la teoría de autoeficacia de Bandura y en la teoría transpersonal del cuidado humano de Watson y se obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.88. Dicho instrumento fue validado en Chile por Margarita del Carmen Poblete Troncoso, Sandra Verónica Valenzuela Suazo, José Manuel Merino.

Dicho instrumento consta de 30 ítems que tienen en cuenta los 10 factores del cuidado humano según la teoría transpersonal de Watson:

1. Formación de un sistema de valores humanistas y altruistas
2. Instilación de fe y esperanza
3. Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás

4. Desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y de confianza.
5. Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos.
6. Uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones.
7. Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal.
8. Crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, socio-cultural y espiritual, proporcionando un ambiente sanador en todos los niveles, dando fuerza y energía al "ambiente no físico", reforzando" la belleza, la integridad, la comodidad, la dignidad y la paz.
9. Ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas.
10. Aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas.

La evaluación se:

- Bajo
- Medio
- Alto

Estos factores del cuidado son evaluados en los instrumentos validados, que se tornan importantes hoy en los sistemas de salud, en donde el usuario solicita ser respetado y valorado como ser humano. Es por ello que en el marco del nuevo paradigma de enfermería como

gestora de cuidados en Chile, deben enfatizar los aspectos éticos que involucra el cuidar. En Chile, como en el resto de Latinoamérica, diversos estudios evidencian la importancia que tiene para el paciente un cuidado humanizado y ético (12, 13, 14, 15).

La confiabilidad del instrumento de Caring Efficacy Scale tuvo un Alfa de Cronbach de 0,76 en Chile-2011.

3.4. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recolección de datos se realizó coordinaciones con el Jefe del servicio de Cuidados intensivos del Hospital Regional de Moquegua, enfermera jefe de servicio dando las facilidades del caso. El proceso de recolección de los datos fue llevado a cabo durante los meses de agosto, setiembre del presente a 19 enfermeras y técnicos de enfermería del servicio utilizando aproximadamente 30 minutos por personal.

Ética en la investigación:

Para el desarrollo del estudio se obtuvo la autorización de las personas con el consentimiento informado, de acuerdo a las disposiciones del reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud.

3.5. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:

Concluido la recolección de datos se codificaron y vaciaron a una base de datos en programa Excel de Microsoft Windows 2010; el procesamiento de los mismos se realizó utilizando el software estadístico informativo Statical Package for the Social Sciences (SPSS) V. 23,0.

Para el análisis estadístico descriptivo se utilizó las frecuencias absolutas y frecuencias relativas simples, para el análisis de la correlación de variables, se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado, considerando un nivel de confianza de 95% y un valor $p < 0,05$ para probar la Hipótesis de investigación.

Se presentan los resultados en tablas de contingencia y gráficos según corresponda a los objetivos planteados y sus respectivos gráficos.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados de la investigación en tablas estadísticas, elaborados a partir de la información obtenida durante la investigación, respondiendo así a los objetivos e hipótesis planteados.

TABLA N° 01

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS- HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2017

Edad	Nº	%
Menos de 24 años	1	5,3
De 25 a 35 años	7	36,8
De 36 a 46 años	10	52,6
De 47 años a mas	1	5,3
Total	19	100,0
Sexo	Nº	%
Varón	3	15,8
Mujer	16	84,2
Total	19	100,0
Condición Laboral	Nº	%
Nombrado	11	57,9
Contratado	8	42,1
Total	19	100,0
Tiempo de Servicio	Nº	%
Meses	3	15,8
Años	16	84,2
Total	19	100,0
Segunda Especialidad	Nº	%
Si	18	94,7
No	1	5,3
Total	19	100,0

Fuente: Cuestionario sobre calidad de vida aplicado al personal de enfermería –Servicio de Cuidados Intensivos Hospital Regional de Moquegua 2017.
Elaborado por Endicott Q-les-Q

Descripción:

En la presente tabla respecto a las características sociodemográficas del personal de Enfermería se puede apreciar: que la edad el 52,6% oscila entre 36 a 46 años, el 84,2% son de sexo femenino, el 57,9% es de condición nombradas, el 84,2% tienen años de servicio y el 94,7% cuenta con segunda especialidad.

TABLA N° 02

CALIDAD DE VIDA SEGÚN ESTADO DE SALUD FÍSICA Y ESTADO DE
 ÁNIMO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL
 SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS –
 HOSPITAL REGIONAL
 MOQUEGUA 2017

Estado de salud física	Nº	%
Bueno	8	42,1
Regular	9	47,4
Malo	2	10,5
Total	19	100,0

Estado de ánimo	Nº	%
Bueno	10	52,6
Regular	9	47,4
Malo	0	0,0
Total	19	100,0

Fuente: Cuestionario sobre calidad de vida aplicado al personal de enfermería Servicio de Cuidados Intensivos Hospital Regional de Moquegua 2017
 Elaborado por Endicott Q-les-Q.

Descripción:

En la tabla se aprecia que la calidad de vida según el estado de salud física es Regular con el 47,4%, Bueno el 42,1% y el estado de ánimo el 52,6% es bueno, seguida del 47,4% como Regular.

TABLA N° 03
 CALIDAD DE VIDA SEGÚN TRABAJO VOLUNTARIO, SATISFACCIÓN
 DEL TRABAJO DE PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO
 DE CUIDADOS INTENSIVOS- HOSPITAL REGIONAL-
 MOQUEGUA 2017

Realiza trabajo voluntario	Nº	%
Si	18	94,7
No	1	5,3
Total	19	100,0

Trabajo	Nº	%
Satisfecho	10	52,6
Medianamente Satisfecho	8	42,1
Insatisfecho	1	5,3
Total	19	100,0

Fuente: Cuestionario sobre calidad de vida aplicado al personal de enfermería Servicio de Cuidados Intensivos Hospital Regional de Moquegua 2017
 Elaborado por Endicott Q-Ies-Q.

Descripción:

En la tabla se puede apreciar que la Calidad de Vida según; Realiza trabajo voluntario el 94,7 % y el 52,6% tiene un trabajo satisfecho y el 42,1% tiene un trabajo medianamente satisfecho.

TABLA N° 04
 CALIDAD DE VIDA SEGÚN RESPONSABILIDAD EN CASA
 ACTIVIDADES DE LA CASA DEL PERSONAL DE
 ENFERMERIA DEL SERVICIO DE CUIDADOS
 INTENSIVOS HOSPITAL REGIONAL
 MOQUEGUA 2017

Responsable de la casa	Nº	%
Si	19	100,0
No	0	0,0
Total	19	100,0

Actividades de la casa	Nº	%
Satisfecho	9	47,4
Medianamente Satisfecho	10	52,6
Insatisfecho	0	0,0
Total	19	100,0

Fuente: Cuestionario sobre calidad de vida aplicado al personal de enfermería Servicio de Cuidados Intensivos Hospital Regional de Moquegua 2017
 Elaborado por Endicott Q-les-Q.

Descripción:

En la tabla se aprecia que la calidad de vida según responsabilidad en la casa el 100% es responsabilidad del personal de enfermería y las actividades en la casa el 52,6% está medianamente satisfecho y solo el 47,4% están satisfecho.

TABLA N° 05
 CALIDAD DE VIDA SEGÚN CAPACITACIÓN, SATISFACCIÓN DE LA
 CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA – SERVICIO
 DE CUIDADOS INTENSIVOS - HOSPITAL REGIONAL
 MOQUEGUA 2017

Sigue algún curso	Nº	%
Si	0	0,0
No	19	100,0
Total	19	100,0

Si no asistió a cursos ¿Cuál fue el motivo?	Nº	%
Falta de Interés	3	15,80
Falta de medios económicos	5	26,30
Por la Familia	3	15,80
Falta de Tiempo	7	36,80
Otros	1	5,30
Total	19	100,00

Si asiste a cursos ¿está satisfecho?	Nº	%
Satisfecho	0	0,0
Medianamente Satisfecho	0	0,0
Insatisfecho	19	100,0
Total	19	100,0

Fuente: Cuestionario sobre calidad de vida aplicado al personal de enfermería Servicio de Cuidados Intensivos Hospital Regional de Moquegua 2017
 Elaborado por Endicott Q-les-Q.

Descripción:

En la tabla se puede apreciar que la calidad de vida, el 100% no se capacita, el 36,80% por falta de tiempo y si asisten el 100% está insatisfecho.

TABLA N° 06
 CALIDAD DE VIDA SEGÚN ACTIVIDADES EN TIEMPO LIBRE,
 RELACIONES SOCIALES Y ACTIVIDADES GENERALES DEL
 PERSONAL DE ENFERMERÍA - SERVICIO DE CUIDADOS
 INTENSIVOS- HOSPITAL REGIONAL
 MOQUEGUA 2017

Actividades de tiempo libre	Nº	%
Satisfecho	4	21,1
Medianamente Satisfecho	15	78,9
Insatisfecho	0	0,0
Total	19	100,0
Relaciones sociales	Nº	%
Satisfecho	10	52,6
Medianamente Satisfecho	9	47,4
Insatisfecho	0	0,0
Total	19	100,0
Actividades generales	Nº	%
Satisfecho	4	21,1
Medianamente Satisfecho	15	78,9
Insatisfecho	0	0,0
Total	19	100,0

Fuente: Cuestionario sobre calidad de vida aplicado al personal de enfermería Servicio de Cuidados Intensivos Hospital Regional de Moquegua 2017
 Elaborado por Endicott Q-les-Q.

Descripción:

En la tabla se aprecia que las actividades de tiempo libre el 78,9% está medianamente satisfecho, el 21,1% está satisfecho. En cuanto a las relaciones sociales el 52,6% están satisfecho y el 47,4% está medianamente satisfecho. En cuanto a las actividades generales el 78,9% esta medianamente satisfecho.

TABLA N° 07
 PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO DEL PERSONAL DE
 ENFERMERÍA SERVICIO CUIDADOS INTENSIVOS- HOSPITAL
 REGIONAL DE MOQUEGUA-2017

Percepción del cuidado humanizado	Nº	%
Bajo	2	10,5
Medio	13	68,4
Alto	4	21,1
Total	19	100,0

Fuente: Cuestionario sobre Percepción del cuidado humanizado aplicado al personal de enfermería Servicio de Cuidados Intensivos Hospital Regional de Moquegua 2017
 Elaborado por Crolle Coate

Descripción:

En la tabla se puede apreciar la percepción del cuidado humanizado del personal de enfermería el 68,4% percibe el cuidado humanizado medio y el 21,1% percibe el cuidado humanizado alto.

TABLA N° 08
 CALIDAD DE VIDA SEGÚN ESTADO DE SALUD FÍSICA, ESTADO DE
 ÁNIMO, TRABAJO Y LA RELACIÓN CON LA PERCEPCIÓN DEL
 CUIDADO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SERVICIO
 DE CUIDADOS INTENSIVOS-HOSPITAL REGIONAL
 MOQUEGUA- 2017

Percepción del cuidado	ESTADO DE SALUD FÍSICA						Total	
	malo		regular		bueno		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Bajo	1	5,3	0	0,0	1	5,3	2	10,5
Medio	1	5,3	8	42,1	4	21,1	13	68,4
Alto	0	0,0	1	5,3	3	15,8	4	21,1
Total	2	10,5	9	47,4	8	42,1	19	100,0
		X ² = 6,856		GL= 4		P= 0,144 > 0,05		

Percepción del cuidado	ESTADO DE ÁNIMO						Total	
	malo		regular		bueno		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Bajo	0	0,0	1	5,3	1	5,3	2	10,5
Medio	0	0,0	8	42,1	5	26,3	13	68,4
Alto	0	0,0	0	0,0	4	21,1	4	21,1
Total	0	0,0	9	47,4	10	52,6	19	100,0
		X ² = 4,653		GL= 2		P= 0,098 > 0,05		

Percepción del cuidado	TRABAJO						Total	
	Insatisfecho		Medianamente satisfecho		Satisfecho		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Bajo	0	0,0	1	5,3	1	5,3	2	10,5
Medio	1	5,3	7	36,8	5	26,3	13	68,4
Alto	0	0,0	0	0,0	4	21,1	4	21,1
Total	1	5,3	8	42,1	10	52,6	19	100,0
		X ² = 4,805		GL= 4		P= 0,308 > 0,05		

Fuente: Cuestionarios de Calidad de vida y percepción del cuidado aplicado al personal de enfermería, Servicio de Cuidados Intensivos Hospital Regional de Moquegua 2017.

Elaborado por Endicott y Crolle Coate.

Descripción:

En la Tabla, se observa que el estado de salud física es Regular y la percepción del cuidado humanizado es Medio y que es Alto la percepción del cuidado con Regular estado físico en un 5,3% y que la prueba estadística del chi-cuadrado ($p=0,144 > 0,05$), demuestra que, no existe relación estadísticamente.

En la siguiente dimensión, se observa la relación entre la dimensión estado de ánimo Regular con un 42,1% y una percepción del cuidado medio y que la prueba chi-cuadrada ($p=0,098 > 0,05$), demuestra que, no existe relación estadísticamente.

En la siguiente dimensión, se observa que en cuanto al trabajo es Medianamente Satisfecho con 36,8% es Media la percepción y la prueba chi-cuadrada ($p=0,308 > 0,05$), demuestra que, no existe relación estadísticamente entre ambas variables (dimensión de trabajo).

TABLA N° 09

CALIDAD DE VIDA SEGÚN ACTIVIDAD DE LA CASA, TIEMPO LIBRE,
RELACIONES SOCIALES Y LA RELACIÓN CON LA PERCEPCIÓN DEL
CUIDADO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA – SERVICIO DE CUIDADOS
INTENSIVOS HOSPITAL - REGIONAL MOQUEGUA 2017

Percepción del cuidado	ACTIVIDADES DE LA CASA						Total	
	Insatisfecho		Medianamente		Satisfecho		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Bajo	0	0,0	1	5,3	1	5,3	2	10,5
Medio	0	0,0	8	42,1	5	26,3	13	68,4
Alto	0	0,0	1	5,3	3	15,8	4	21,1
Total	0	0,0	10	52,6	9	47,4	19	100,0
		X ² = 1,644		GL= 2		P= 0.440 > 0,05		

Percepción del cuidado	ASISTENCIA A CURSOS						Total	
	Insatisfecho		Medianamente		Satisfecho		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Bajo	2	10,5	0	0,0	0	0,0	2	10,5
Medio	13	68,4	0	0,0	0	0,0	13	68,4
Alto	4	21,1	0	0,0	0	0,0	4	21,1
Total	19	100,0	0	0,0	0	0,0	19	100,0
		X ² = 0,00		GL= 0		P= 0,00		

Percepción del cuidado	ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE						Total	
	Insatisfecho		Medianamente		Satisfecho		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Bajo	0	0,0	2	10,5	0	0,0	2	10,5
Medio	0	0,0	12	63,2	1	5,3	13	68,4
Alto	0	0,0	1	5,3	3	15,8	4	21,1
Total	0	0,0%	15	78,9	4	21,1	19	100,0
		X ² = 8,934		GL= 2		P= 0,11 < 0,005		

Percepción del cuidado	RELACIONES SOCIALES						Total	
	Insatisfecho		Medianamente		Satisfecho		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Bajo	0	0,0	1	5,3	1	5,3	2	10,5
Medio	0	0,0	8	42,1	5	26,3	13	68,4
Alto	0	0,0	0	0,0	4	21,1	4	21,1
Total	0	0,0	9	47,4	10	52,6	19	100,0
		X ² = 4,653		GL= 2		P= 0,98 > 0,05		

Fuente: Cuestionarios de Calidad de vida y percepción del cuidado aplicado al personal de enfermería Servicio de cuidados intensivos Hospital regional de Moquegua 2017
Elaborado por Q-Les-Q, y Crolle Coate.

Descripción:

En la Tabla, se observa que las actividades de la casa está Medianamente Satisfecha con un 42,1% y la percepción del cuidado es medianamente satisfecho, la prueba chi-cuadrada ($p=0,440 > 0,05$), demuestra que, no existe relación estadísticamente.

Siguiendo se observa que en relación a la dimensión de asistencia a cursos están insatisfechas con el 68,4 % y la variable percepción de cuidado es medio, la prueba chi-cuadrado ($p=0.000 < 0.05$), demuestra que, existe relación estadística significativa.

En la siguiente dimensión se observa que las actividades de tiempo libre es medianamente satisfecho con un 63,2% y la percepción del cuidado es medio y la prueba chi-cuadrado ($p=0.11 < 0.05$), demuestra que, existe relación estadísticamente.

En la dimensión de las relaciones sociales se aprecia están medianamente satisfechas con un 42,1% y a su vez es medio en la percepción del cuidado y la prueba chi-cuadrado ($p=0.98 > 0.05$), demuestra que, no existe relación estadísticamente entre ambas variables.

TABLA N° 10

RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y LA PERCEPCIÓN DEL
CUIDADO HUMANIZADO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA
SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS-HOSPITAL
REGIONAL MOQUEGUA 2017

Percepción del cuidado	CALIDAD DE VIDA						Total	
	insatisfecho		Medianamente satisfecho		satisfecho			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo	2	10,5	0	0,0	0	0,0	2	10,5
Medio	1	5,3	12	63,2	0	0,0	13	68,4
Alto	0	0,0	3	10,5	1	5,3	4	21,1
Total	3	15,8	15	78,9	1	5,3	19	100,0

X²= 15,785

GL= 4

P= 0,003 < 0,05

Fuente: Cuestionario de calidad de vida y Percepción del cuidado aplicado al personal de enfermería- Servicio de Cuidados Intensivos Hospital Regional de Moquegua 2017
Elaborado por: Endicott y Crolle Coate.

Descripción:

En la Tabla, se aprecia que un 63,2% de la población de estudio posee la percepción del cuidado humanizado medio del personal de enfermería con una calidad de vida medianamente satisfecho.

Además podemos observar, la prueba chi-cuadrada ($p=0,003 < 0,05$), demuestra que, existe relación estadísticamente entre la calidad de vida y la percepción del cuidado en enfermería.

TABLA N° 11

CALIDAD DE VIDA EN LAS ENFERMERAS Y TÉCNICOS DE
ENFERMERÍA SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS
-HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2017

Profesión	CALIDAD DE VIDA						Total	
	Insatisfecho		Medianamente Satisfecho		Satisfecho		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Lic. Enfermería	0	0,0	9	47,4	1	5,3	10	52,6
Tec. Enfermería	0	0,0	6	31,6	3	15,8	9	47,4
Total	0	0,0	15	78,9	4	21,1	19	100,0

Fuente: Cuestionario de calidad de vida en el personal de enfermería- Servicio de Cuidados Intensivos Hospital Regional de Moquegua 2017
Elaborado por: Endicott Q-les-Q.

Descripción:

En la tabla se aprecia que la calidad de vida en las enfermeras es medianamente satisfecho con el 47,4% y el 36,6% en los técnicos de enfermería. La satisfacción en la calidad de vida en los técnicos de enfermería es el 15,8% y en las enfermeras solo el 5,3%.

4.2. DISCUSIÓN:

De acuerdo a los resultados encontrados se realiza la Discusión y el análisis respectivo:

En la **tabla 01** respecto a las características sociodemográficas del personal de Enfermería se puede apreciar: que la edad el 52,6% oscila entre 36 a 46 años, el 84,2% son de sexo femenino, el 57,9% es de condición nombradas ,el 84,2% tienen años de servicio y el 94,7% cuenta con segunda especialidad .

Según la OPS/OMS en un estudio comparativo de trabajo de trabajadores de salud que la edad que fluctúa es de 31 a 40 años con un 29 %, y el 16 % es de 41 a 50 años (9).

Por otro lado Sosa manifiesta que el 67% está entre 31 a 41 años de edad, la antigüedad en el servicio fue de 8 años con un 44%. Siendo similar al trabajo que realizo. Fernández (22) menciona que la CVP no encuentra diferencias significativas entre la calidad de vida global, sexo, edad, en general no encuentra diferencias significativas en las variables sociodemográficas (14).

Se tiene que reconocer que la mayoría de las enfermeras son mujeres y que en la mayoría la condición de trabajo es nombradas,

que puede dificultar de alguna manera a la calidad de vida y su satisfacción con el trabajo a través de la percepción del cuidado hacia los pacientes.

En la **tabla 02** se aprecia que la calidad de vida según el estado de salud física es Regular con el 47,4%, Bueno el 42,1% y el estado de ánimo el 52.6% es bueno, seguida del 47,4% como Regular.

La OPS/OMS menciona el principal riesgo por país es la atención ambulatoria; falta de herramientas para la atención 100%, riesgo ergonómico deficiente con un 94%. El 54% los trabajadores sufren de carga emocional, estrés de manera frecuente (9).

Espinoza, dice que el 35,4% tienen apoyo físico (23). Rodríguez menciona que el cansancio emocional y la realización personal son menores en el hombre que en la mujer (18), Romero refiere que el agotamiento o cansancio psíquico es en el 49% de las enfermeras(10). Fernández dice que la relación con las tres variables valoradas la media más alta se encuentra en la motivación intrínseca con un 7,82% relacionando con el estado de ánimo en nuestro trabajo (21).

Endicott menciona que la calidad de vida es el grado de placer y satisfacción con respecto a la salud física, sentimientos subjetivos de bienestar, el trabajo, tareas del hogar, la escuela, el ocio, relaciones sociales y actividades generales, así como la satisfacción con la medición y la vida global. Es importante indicar en la calidad total de la experiencia humana en el lugar del trabajo, permite recordar que el alto desempeño en cualquier escenario de trabajo puede y debe alcanzarse por medio de los altos niveles de satisfacción laboral (27).

En nuestra vida cotidiana las mujeres tienen muchas funciones como tales y la actividad física queda en segundo plano y eso puede ser la causa de tener menos del 50 % de satisfacción.

En la **tabla 03**, se puede apreciar que la Calidad de Vida según; si tiene trabajo el 94,7%. Trabaja por su cuenta el 94,7%. Realiza trabajo voluntario el 94,7 %. Y el 52,6% tiene un trabajo satisfecho y el 42,1% tiene un trabajo medianamente satisfecho.

Según la OPS/OMS da a conocer que las horas de trabajo oscilan entre 35,40,48 horas de trabajo semanal, en el Perú trabajan entre 42 % de 36 a 40 horas y solo el 12 % trabajan más de 48 %. El 22

% tiene trabajo fijo y el 78 % rotativos trabajando hasta los domingos (09).

Quintana nos dice que la satisfacción por el trabajo es de 53% y el 40,3% del personal del primer y segundo nivel. El 60,2 % del segundo nivel de atención evalúan su satisfacción laboral como baja (08).

Zarancho menciona que la calidad de vida y satisfacción aumenta la sensación de realización personal, disminuye el cansancio emocional y la despersonalización. Entonces podemos afirmar que las enfermeras de la región Moquegua si tienen trabajo en un 94,7% a su vez lo consideran como voluntario, pero se sienten poco satisfechas en un cincuenta por ciento, puede deberse al tipo de servicio muy complejo, de muchas horas de trabajo y que a su vez tienen múltiples funciones como mujeres (12).

En la **Tabla 04, 05, 06** se aprecia que la calidad de vida según responsabilidad en la casa el 100% es el personal de enfermería. Según actividades en la casa el 52,6% está medianamente satisfecho y solo el 47,4% está satisfecho.

En la dimensión la calidad de vida en relación a si sigue una capacitación el 100% dijo que no, en cuanto al motivo de la no

participación de cursos el 36,80% no lo hace por falta tiempo. Y si asiste esta insatisfecha en un 100%.

En esta dimensión se aprecia que según las actividades de tiempo libre el 78,9% está medianamente satisfecho, el 21,1% está satisfecho. En las relaciones sociales e 52,6% está satisfecho y el 47,4 está medianamente satisfecho. Las actividades generales el 78,9% está medianamente satisfecho.

Según la OPS/OMS la percepción de las condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería, son de 34 % muy buenas, 48% condición regular y malas 18%. El 34% de trabajadores que percibe carga de trabajo alta y complejidad de tareas, el 62% de las enfermeras hace referencia a la carga física y/o mental en el trabajo. El 62 % de las enfermeras se hacen referencia a la carga física y / o mental en el trabajo (09).

Según Quintana, menciona que el desarrollo personal del trabajador es de 22,86% bienestar en el trabajo con un 35,62% y la administración del tiempo libre solo el 60,2%, en el primer nivel de atención evalúan como alta, su administración del tiempo libre, el

42,7% en el segundo nivel y 37,1% en el tercer nivel evalúa como baja dicha dimensión (08).

Schonhaut, menciona que el 96% se había afectado la cantidad y calidad del tiempo libre familiar y personal, no especifica las variables según nuestras dimensiones (15).

Romero, acota que solo el 22% satisface necesidades de entrenamiento, el 14 % para el ocio . Comentando de acuerdo al estudio no considera algunas dimensiones pero en general son similares como en el caso de responsabilidad y actividades en casa, ya que el 84,2% son enfermeras mujeres y si le ataña esta actividad en la mayoría de enfermeras (18).

De esta manera el concepto de Calidad de Vida es amplio, multidimensional y heterogéneo por la estrecha relación entre aspectos personales y de trabajo que pueden ser relevantes para el rendimiento laboral del individuo como la cultura, familia, el tiempo libre, horarios, carga de trabajo y salarios: por lo que la CVP puede tener repercusiones en el equilibrio social, emocional y laboral del individuo, Sosa (13).

En la **tabla 07** se puede apreciar que el cuidado humanizado en el personal de enfermería es medio con un 68,4% y el 21,1% es alto en cuanto a la percepción del cuidado.

En estudios realizado por Romero 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 las enfermeras y sus cualidades de hacer y disponibilidad para la atención (18).

Por otro lado, Espinoza, los resultados muestran que algunas veces se percibe un 44 % de apoyo al cuidado, un 47,7% de apoyo emocional, un 35,4% apoyo físico, un 32,2% de cualidades de enfermería, un 36,9% nunca percibió una priorización en su cuidado. Se concluye, que existe una baja percepción del cuidado humanizado por parte del profesional de enfermería, lo que evidencia una atención de baja calidad (23).

Para Valderrama, encontró que el 59,9% del personal de enfermería en el servicio de emergencia brinda una atención con cuidado

humanizado, mientras que el 40,1% brinda una atención sin cuidado humanizado (24).

Según Silverio, nos dice que la percepción del cuidado es el proceso mental mediante el cual el profesional de Enfermería obtiene momentos significativos en su interior durante la interacción del cuidado. La percepción de estos comportamientos es primordial para nutrir la esencia de los momentos de cuidado, dignificar al ser humano y fortalecer su autonomía. Por lo tanto según los resultados del trabajo podemos decir que si se percibe un buen cuidado humanizado medio en el servicio de Cuidados intensivos similar como lo dicen otros autores (45). En los servicios se aprecia el esfuerzo por un buen cuidado de enfermería, a veces los tiempos no permiten concluir con los buenos servicios, cantidad de pacientes, actividades netamente administrativas del personal.

En la **tabla 08** se observa que el estado de salud física y la percepción del cuidado es regular relacionado con la percepción media del cuidado y que es alto la percepción del cuidado con regular estado físico un 5,3% y que la prueba estadística del chi-cuadrado ($p=0,144 > 0,00$), demuestra que, no existe relación

estadísticamente. Entre el estado de salud de la calidad de vida y la percepción del cuidado.

En la siguiente dimensión, se observa la relación entre la dimensión estado de ánimo es regular con un 42,1% y una percepción del cuidado medio y que la prueba chi-cuadrada ($p=0,098 > 0,05$), demuestra que, no existe relación estadísticamente.

Continuando con la dimensión, se observa que en cuanto al trabajo es medianamente satisfecho con 36,8% es media la percepción en concordancia con el trabajo medianamente satisfecha y que la prueba chi-cuadrada ($p=0,308 > 0,05$), demuestra que no existe relación estadísticamente entre ambas variables (dimensión de trabajo).

En general de acuerdo a las dimensiones de salud física, estado de ánimo y el trabajo, se da a conocer que ninguna de estas dimensiones se relaciona con la percepción del cuidado. Se podría decir de acuerdo a Sosa que la calidad de vida profesional del personal de enfermería, una de sus conclusiones es que la motivación intrínseca se da en un 55,3% y la carga de trabajo regular con un 56,9% (13). Por otro lado Espinoza, demuestra que

algunas veces se percibe un 44% de apoyo en el cuidado, un 47,7% de apoyo emocional, 30,8% de proactividad, 52,3% de empatía y 55,4% disponibilidad en el cuidado, se aprecia una baja percepción del cuidado con una atención de baja de calidad (02).

Por otro lado Schouhant, menciona problemas de salud física en su calidad de vida con problemas de salud mental mas no relacionado con el cuidado en su estudio en mención (15).

Romero, menciona que la calidad de vida en los profesionales de enfermería demuestran que la relación entre carencias y potencialidades presenta un desbalance hacia el empobrecimiento con la escasez de satisfactores positivos en el tener, el estar y el hacer debido a que los profesionales son vistos como menos recursos y no se trasciende la perspectiva de persona objeto a persona sujeto de desarrollo (10).

De acuerdo a Barraza nos menciona que si hay factores académicos y extraacadémicos presentes en la calidad de vida y satisfacción, en el grupo de multiroles presento mejor CV (Calidad de vida) (19).

De acuerdo a las referencias de Fernández nos dice que el tema de CVP (calidad de vida profesional) con el personal sanitario específicamente en enfermería quien lo define como el “sentimiento de bienestar que se deriva del equilibrio que el individuo percibe entre las demandas o cargas de la profesión y los recursos psicológicos, organizacionales y relacionados de que disponen para afrontar estas demandas. De esta manera es amplio el concepto de CVP, multidimensional y heterogéneo por la estrecha relación entre aspectos personales y de trabajo que ser relevantes para el rendimiento laboral como la cultura, familia, tiempo libre etc. (21).

Además podemos decir que el cuidado como una actitud de responsabilidad y involucramiento afectivo con otro ser humano, la palabra cuidado incluye dos significaciones básicas ligadas entre si: la primera actitud de desvelo de solicitud para con el otro. La segunda de preocupación y de inquietud, porque la persona que tiene cuidado se siente envuelto afectivamente ligado al otro (39).

En la **tabla 09**, se observa que las actividades de la casa está medianamente satisfecha con un 42,1% y la percepción del cuidado es medio y que la prueba chi-cuadrado ($p=0,440 > 0,05$), demuestra

que, no existe relación estadísticamente entre la dimensión de calidad de vida y la percepción del cuidado.

Siguiendo se observa que en relación a la dimensión de asistencia a cursos están insatisfechas con el 68,4 % y la variable percepción de cuidado es medio, la prueba chi-cuadrado ($p=0.000 < 0.05$), demuestra que, existe relación estadísticamente significativa entre la calidad del cuidado según tareas asistencia a cursos y la percepción del cuidado en enfermería.

En la siguiente dimensión se observa que las actividades de tiempo libre es medianamente satisfecho con un 63,2% y la percepción del cuidado es medio y la prueba chi-cuadrada ($p=0.11 < 0.05$), demuestra que, existe relación estadísticamente entre actividades de tiempo libre y la percepción del cuidado.

En la dimensión de las relaciones sociales se aprecia están medianamente satisfechas con un 42,1% y a su vez es medio en la percepción del cuidado y la prueba chi-cuadrada ($p=0.98 > 0.05$), demuestra que, no existe relación estadísticamente entre ambas variables.

Según Romero manifiesta que el 85% considera que el salario satisface la necesidad de subsistencia de ellas y familiares, posibilidad de realizar otras necesidades como entretenimiento y solo el 22 % y el ocio en un 14 % y el afecto un 5 % (18).

Espinoza, manifiestan que la CV con la salud y su atención va con el excesivo énfasis en los aspectos tecnológicos y el deterioro de la comunicación entre el equipo de salud y el paciente le han ido quitando a la relación de ayuda profesional de calidad y calidez que fuese otrora soporte social para el paciente y fuente de gratificación y reconocimiento para el profesional de la salud (23).

La teoría de desarrollo de escalas humanas, en el sentido de pobreza no se restringe al umbral de ingresos económicos y no es el adecuado para comprender su esencia, por ello propone de pobrezas y afirma “cuando una necesidad humana fundamental no es adecuadamente satisfecha revela una pobreza humana (34).

También se puede mencionar que el cuidado de enfermería se encuentra entre las condiciones que profundizan las exclusiones del derecho a la salud pero por otro lado se encuentra manifestaciones que resisten a la pérdida de sentido del humor (38).

Roach (1993) Citado por Kerouac. Categoriza el cuidado en 5 dimensiones como la compasión, competencia, confianza, conciencia y compromiso, por ello la enfermera es una profesional con la capacidad humana de cuidar a través de la adquisición y aplicación de los conocimientos, de las actitudes y habilidades del papel prescrito a la enfermería.

De acuerdo a Watson el cuidado humano es existencial, fenomenológico y espiritual; se inspira en la metafísica, las humanidades, el arte y las ciencias. Carl Rogers menciona que su visión de una relación transpersonal impregnado de coherencia, empatía y de calor humano. Watson considera la disciplina enfermera como una ciencia humana y un arte (42).

Podemos finalizar mencionando que las actividades de la casa están medianamente satisfechas, las tareas por un curso de capacitación están mayormente insatisfechas, las actividades en el tiempo libre medianamente satisfecha y las relaciones sociales medianamente satisfechas por lo tanto vemos que la enfermera no esta dando un realce a estas actividades tan importante para el ser humano puede deberse a que se la pasan trabajando en otras unidades o simplemente que se dedica a su casa porque la mayoría de enfermeras son mujeres y cuentan con múltiples funciones y no

valora esta área psicológica social y debemos proponer un programa de desarrollo calidad de vida de las enfermeras.

En la **Tabla 10** se aprecia que un 63.2% de la población de estudio posee un nivel de percepción del cuidado del personal de enfermería es medio con una calidad de vida Regular.

Además podemos observar, la prueba chi-cuadrada ($p=0,003 < 0,05$), demuestra que, existe relación estadísticamente entre la calidad de vida y la percepción del cuidado en enfermería.

De acuerdo a Romero, nos menciona que el cuidado ha empeorado, el 49% refiere el agotamiento o cansancio psíquico, el 85 % refiere que el salario satisface la necesidad de subsistencia de ellas (os) el entretenimiento se da solo en un 22%, el ocio en un 14%, el afecto es escaso en un 5%. Y concluye que la calidad de vida de las y los profesionales de enfermería demuestra que la relación entre carencias y potencialidades presenta un desbalance hacia el empobrecimiento con la escasez de satisfactores positivos en el tener, el estar y el hacer, debido a que los profesionales son vistos como menos recursos y no se trasciende la perspectiva de persona-objeto a persona-sujeto de desarrollo (18).

Se puede apreciar también que el personal no siempre está bien capacitado, ya que no desean capacitarse por falta de tiempo, no están satisfechas y eso da como resultado un trabajo medio apreciado de esa manera por ellas mismas (el personal de enfermería).

En la **tabla 11** se aprecia que la calidad de vida en las enfermeras es medianamente satisfecho con el 47,4% y el 36,6% en los técnicos de enfermería. La satisfacción en la calidad de vida en los técnicos de enfermería es el 15,8% y en las enfermeras solo el 5,3%.

De acuerdo a los antecedentes de estudio no hay mayor comparación, siendo el trabajo diferente a los estudios investigados.

Con este análisis se termina la discusión dando a conocer que el personal de enfermería debe mejorar su calidad de vida ya que repercute en un Cuidado Enfermero satisfactorio en especial en un servicio de tanta complejidad como es la Unidad de Cuidados Intensivos.

CONCLUSIONES

Después de analizar los resultados de la presente investigación se llega a las siguientes conclusiones:

1. Que las características sociodemográficas del personal de Enfermería respecto a la edad más de la mitad oscilan entre 36 a 46 años (52,6%), en su mayoría son de sexo femenino (84,2%), más de la mitad son de condición de trabajo es nombrado (57,9) y en su mayoría tienen años de servicio (84,2) y tienen 2da. especialidad (94,7%).
2. Que la calidad de vida en el personal de enfermería según el estado de salud física es regular (47,4%) ,el estado de ánimo es buena (52,6%), realiza trabajo voluntario el (94,7%) , realiza actividades del hogar (52,6%) , responsabilidad en la casa (100%), en relación si sigue una capacitación (100%) dijo que no , en cuanto al motivo de la no participación de cursos (36,80%) no lo hace por falta tiempo, y si asiste está insatisfecha en un (100%), actividades de tiempo libre (78,9%) está medianamente satisfecho. En cuanto a las relaciones sociales (52,6%) está satisfecho.

3. Que la Percepción del cuidado humanizado del personal enfermería es Medio con un (68,4%) y es alto en un (21,1%) .

4. Que el (63,2%) de la población de estudio posee un nivel de percepción del cuidado humanizado Medio del personal de enfermería con una calidad de vida Regular, la prueba chi-cuadrado ($p=0,003 < 0,05$), demuestra que, existe relación estadística entre la calidad de vida y la percepción del cuidado humanizado en el personal de enfermería.

RECOMENDACIONES

De acuerdo a las conclusiones se plantean las siguientes recomendaciones:

1. Que se debe realizar un Programa de intervención en mejora de la calidad de vida a través de talleres de entrenamiento para lograr compromiso con el cuidado humanizado, en el personal de enfermería organizado por la gestión del servicio la enfermera jefe y el personal asistencial como el comité de capacitación.
2. Que la capacitación y perfeccionamiento debe ser continuo buscando tecnologías más atrayentes para el personal de enfermería mediante el comité de capacitación.
3. Que se debe realizar estudios en poblaciones mayores con un enfoque cualitativo - cuantitativo para mejores resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Watson J. Ponencia del primer Congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. Disponible en: http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson. Comentado en: Revista Actualizaciones en Enfermería. 2007; 10(4): 15-21.
2. Leucona. Mejorando la calidad de vida, retos principal del siglo XXI. Diario enfermero posted, diciembre 2015. <http://diarioenfermero.es/mejorar-la-calidad-de-vida-reto-principal-del-siglo-xxi/>.
3. López Rodrigo. El estrés de los profesionales de enfermería sobre ¿qué o quién repercute? Rev. Rol de enfermería número 201, mayo.1995.
4. Estados Unidos Mexicanos Ley federal de trabajo. diario oficial de la federación, disponible em: [http:// WWW. Diputados. gob.mx/ leyesbiblio/pdf/ 125 .pdf](http://WWW.Diputados.gob.mx/leyesbiblio/pdf/125.pdf).
<https://www.juridicas.unam.mx/legislacion/ordenamiento/ley-federal-del-trabajo>
5. Barrientos. Calidad de vida, bienestar subjetivo: una mirada psicosocial Chile: Editorial Imprenta Salesianos.2005.

6. Espinoza, M. Calidad de vida en el trabajo: percepciones de los trabajadores. Cuadernos Investigación [monografía na internet]. Santiago: Gobierno de Chile; 2002 [20 de diciembre 2017] Disponible en:
www.dt.gob.cl/documentacion/1612/w3-article-64333.html.
7. OPS. serie de desarrollo de recursos humanos. panorama de la fuerza de trabajo de enfermería en américa latina. Organización Panamericana de la salud; [acceso diciembre 2017] disponible en:
www.ops.org.bo/textocompleto/ift_26346.pdf.
8. Quintana, María Olga. Calidad de vida en el trabajo del equipo de enfermería. Revista Brasileira de Enfermagem REBEN 2014. Universidad de Sonora división de ciencias biológicas y de la salud México.
9. OPS/OMS. (2015) estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud: en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú Washington DC.
10. Romero Massa E, Contreras Méndez I, Pérez Pájaro Y, Moncada A, Jiménez Zamora. Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados Cartagena Colombia Rev.cienc.biomed. (serie internet) (2013):4(1):60-68 URL:
<http://www.revistacienciasbiomedicas.com/index.php/revciencbiomed/article/download/252/197+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe>.

11. Stevanovic, A. Calidad de vida; satisfacción y placer, forma corta para la calidad de las evaluaciones de la vida en la práctica clínica. 2011.
12. Zaracho, otros. Correlación de calidad de vida- satisfacción y niveles de Burnout Asunción. Paraguay. Universidad Católica Ntra. De la Asunción. Revista ISSN 2218-0559.
13. Sosa, Oscar. Cheverría, Sofia. Calidad de vida profesional del personal de enfermería. Revista de enfermería Seguro Social 2010; 18 153-158. México.
14. Hernández L. Zequiera D. Miranda A. Percepción del cuidado de profesionales en enfermería. Revista Cubana Enfermería [serie internet] 2017 enero-marzo. vol.26 n.1: 30-41 disponible en el URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000100007.
15. Schonhaut L, Rojas P, Milla T. Calidad de vida de los médicos residentes del Programa de Formación de especialistas de Pediatría. Universidad de Chile- departamento de pediatría. Revista Chile pediatría 80 (1): 30-38. 2009.
16. Juárez C, Sate M, Virrarreal P. Cuidado humanizado que brindan las enfermeras a los pacientes en el servicio de Unidad de terapia intensiva. 2009.
17. Rodríguez L, Fernández B, Benítez C. Correlación entre carga de trabajo, síndrome de burnout y calidad de vida en una Unidad de

- Críticos. Enfermería Global N^o04 revista electrónica de Enfermería. Servicio de Reanimación del Complejo Hospitalario Universitario la Coruña.2008.
- 18.Romero, Nubia, Mesa Lorena. Calidad de vida de las (os) profesionales de enfermería y consecuencias en el cuidado. universidad Pedagógica y tecnológica de Colombia, Grupo de investigación, exclusión y resistencia en el cuidado de la salud. Revista av. En enfermería XXVI (2) 59-70, 2008.
- 19.Barraza Carmen, Ortiz Liliana Chile. Factores relacionados a la calidad de vida y satisfacción en estudiantes de enfermería. Rev. Ciencia y enfermería XVIII (3) 111-119-2012.2009.
- 20.Gonzales J, Quintero D. Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención [trabajo para optar el título de licenciatura en enfermería]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2009.
- 21.Fernández Araque, AM; Santa Clotilde Jiménez, E; Casado del Olmo, MI. Calidad de vida profesional de los profesionales de enfermería en atención primaria de Soria. Biblioteca Las casas, 2007; 3(1). Disponible en<<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0213.php>> Consultado el 14 de Enero del 2017

22. Rivera LN, Triana A. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del country. [av.enferm. -Col-] (serie internet). Enero-junio 2013. 15/10/2017; 31:1:42-51. Disponible en el URL: <http://www.index-f.com/rae/311/r042051.php>.
23. Espinoza Medalla L, Huerta Barrenechea K, Pantoja Quiche J, Velásquez Carmona W, Cubas Cubas D, Ramos Valencia A. investigan El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital ESSALUD Huacho [Tesis Magisterial]. Perú: Editorial: Universidad Alas Peruanas. 2010.
24. Valderrama O. Cuidado humanizado de Enfermería y nivel de satisfacción de los familiares de usuarios atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital de Barranca. Portalesmedicos.com. [revista en línea]. URL: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/4062/1/Cuidado-humanizado-de-Enfermeria-y-nivel-de-satisfaccion-de-los-familiares-de-usuarios-atendidos-en-el-Servicio-de-Emergencia.2012>.
25. Duro-Martin. Calidad de vida laboral y psicología social de la salud laboral: hacia un modelo de componentes comunes para explicar el bienestar laboral psicológico y explicar el bienestar laboral psicológico y la salud mental laboral. Rev. Ministerio de trabajo Asunción 2002; 152: 15-55.

26. García. Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva. tesis doctoral de una escala para evaluar la salud mental positiva- Universidad de Barcelona – Facultad de Psicología. 1991.
27. Endicott, J. Q-Les-Q Cuestionario sobre Calidad de vida: Satisfacción y Placer (Quality of life enjoyment and satisfaction Questionnaire) 1er. Edición Grupo editorial Dwarf. España –Barcelona.
28. Schermerhon, Hunt, Osborn Comportamiento organizacional editorial Limusa Wiley .Grupo Noriega Editores.2004.
29. Sen Nusbaum. Calidad de vida capítulo II capacidad y bienestar. Fondo de cultura económica; 1996.
30. French,W (1996) desarrollo organizacional (5ta. Edición México Prentice-Hall.
31. Herrera y Cassals .algunos factores influyentes en la calidad de vida laboral en enfermería revista cubana de enfermería, 21. 2005.
32. Sevilla Michel. Desarrollo Organizacional y calidad de vida en el trabajo, Internet [http:portafolio/ desarrollo .htm](http://portafolio/desarrollo.htm) pag. 2000.
33. González, Raquel. Calidad de vida en el trabajo; un término de moda con problemas de conceptualización .Psicología y salud, enero-junio año/ vol17, número 001 Universidad Veracruzama Xalapa México. 2007

34. Max-Neef y otros Desarrollo a escala humana: una opción para el futuro. Cepaur, Fundación Dag Hammarskjold. Proyecto 20 editores, reimpresión Medellín Colombia 1997.
35. Romero Ballen. El cuidado de enfermería en la adversidad: compromisos de residencias desde la docencia. Avances de enfermería, 2007, XXV
36. Certales F. El rol del profesor ante el impacto de las nuevas tecnologías. Universidad de Sevilla, disponible en <http://tecnologías.edu.us.es/edutec/2librosedutec99/libro/3.3-htm>.
37. Jara, Polanco y otros. Percepción del rol profesional de alumnos de enfermería de la Universidad de Concepción de Chile. Invest. Educ. enfermería 2005.
38. Romero Ballen. Calidad de vida; entre la adversidad y los procesos de empoderamiento, ponencia en el XVIII Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería, Pipa. Agosto 23 a 25 del 2007.
39. Diccionario Etimológico. 2º edición. Chile: edit. Gredos; 1967 Cuidar.
40. Mayeroff M. A Arte de Servir ao Próximo Para Servir a si mismo Editora, 1977, Record-Brazil.
41. Waldow Cuidar; expresión humanizadora de la enfermería. ediciones palabras. 1era. Edición. 2008.

42. Pensamiento Enfermero de Kerouac. Barcelona España, editorial Masson, S.A.
43. Marriner, A. Modelos y Teorías en Enfermería, 6ta. edición, editorial Elsevier, Mosby. pag. 93.2007.
44. Silverio Regina del Monte. "Humanización de los Servicios de Salud" (1997) República Dominicana, Pág. 36.
45. Mingues J, Antropología de los cuidados, cultura de los cuidados, (2000) vol. Nro 7 y 8.
46. Granados. Zaida. Calidad del sueño en una facultad de Medicina de Lambayeque. Escuela de Medicina Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo. Lambayeque 2013.

ANEXOS

ANEXOS 1
CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en LA investigación titulada:

**“CALIDAD DE VIDA Y LA PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO
DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA - SERVICIO DE CUIDADOS
INTENSIVOS- HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA-2017**

Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que la información que se vierte en el instrumento, será usado exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confió de que la investigación utilizara adecuadamente dicha información asegurándose la máxima confidencialidad.

FIRMA

ANEXO N° 02
MATRIZ DE CONSISTENCIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	HIPOTESIS DE INVESTIGACION	VARIABLES DE ESTUDIOS	MUESTRA	TIPO Y DISEÑO	INSTRUMENTO
<p>¿Cuál es la calidad de vida y la percepción del cuidado humanizado del personal de enfermería servicio de Cuidados Intensivos- Hospital Regional de Moquegua 2017</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la Calidad de vida y la relación con la percepción del Cuidado humanizado de Enfermería servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua-2017.</p>	<p>H1: La calidad de vida si se relaciona con el cuidado humanizado de enfermería servicio de cuidados intensivos - Hospital Regional de Moquegua-2017.</p> <p>Ho: La calidad de vida no se relaciona con el cuidado humanizado de enfermería servicio de cuidados intensivos - Hospital Regional de Moquegua – 2017.</p>	<p>VI: Calidad de vida</p> <p>VD: Percepción del cuidado humanizado</p>	<p>Población y Muestra:</p> <p>La población estuvo conformada por 19 enfermeras y técnicos de Enfermería .</p> <p>Es por conveniencia no probalístico .</p>	<p>Tipo de investigación:</p> <p>Con enfoque cuantitativo</p> <p>Diseño de la investigación: Diseño no experimental</p>	<p>ENCUESTA Calidad de vida Q-les-Q</p> <p>ENCUESTA :Percepción del Cuidado Humanizado</p>

ANEXO 03
CUESTIONARIO

Finalidad: Caracterizar la población de estudio: edad, sexo, tiempo de servicio y condición laboral de las enfermeras(os) de los servicios periféricos de Tacna.

CARACTERÍSTICAS DE LAS ENFERMERAS(OS)

Institución donde labora: Centro de Salud Puesto de Salud

Nombre: _____: Lugar: _____
_____Aque _____ Microred _____ pertenece:

Edad: _____

Sexo: Varón Mujer

CONDICIÓN LABORAL:

Nombrado (a)

Contratado(a) Especificar _____ modalidad:

Tiempo de Servicio: Meses Años

Mencione si ha realizado una Segunda Especialidad en Enfermería:

Si No

Nombre: _____

ANEXO 04

Instrumento PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO ESCALA DA LICKERT- CARING EFFICACY SCALE

Autor: Carolie Coates- Universidad Colorado-EE.UU

Modificado: Margarita del Carmen Poblete Troncoso, Sandra Verónica de Sauzo, José Manuel Merino- Chile, (validado en Chile con un coeficiente de alfa Cronbach de 0,76.)

Finalidad: Determinar la percepción del cuidado humanizado según las dimensiones del modelo de Watson (cuidado transpersonal).

Indicaciones

Después de haber leído atentamente cada ítem elija la respuesta que considere pertinente, marcando el N° que le corresponde:

Muy de acuerdo	MA	(5)
De acuerdo	D	(4)
Ni de acuerdo ni de desacuerdo	DD	(3)
En desacuerdo	ED	(2)
Muy en desacuerdo	MD	(1)

ÍTEMS	MA	D	DD	ED	MD
	5	4	3	2	1
1. No siento confianza en mis habilidades para expresar un sentido de cuidado a mis clientes/pacientes.					
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. Transmito un sentido de fortaleza personal a mis clientes/pacientes.					
5. Mis 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 habitación 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 al mío.					
13. Siento que si tengo una conversación muy personal con mis pacientes/clientes las cosas pueden perder el control.					
14. 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 las 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 problemas para relacionarme con mis clientes/pacientes.					
18. Usualmente puedo establecer una relación estrecha con mis clientes/pacientes.					
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, 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 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. Aun 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 05
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO CARING EFFICACY SCALE
(N=360)

ÍTEMS	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	CORRELACIÓN ÍTEMS ESCALE
1. No siento confianza en mis habilidades para expresar un sentido de cuidado a mis clientes/paciente	5,75	0,93	0,196 <0,0002
2. Si no me estoy relacionando bien con un cliente/paciente trato de analizar qué puedo hacer para llegar a él/ella	5,60	0,85	0,279 <0,0001
3. Me siento cómodo al “tocar” a mis clientes/pacientes cuando proporciono cuidado	5,64	0,80	0,358 <0,0001
4. Transmite un sentido de fortaleza personal a mis clientes/pacientes	5,65	0,60	0,458 <0,0001
5. Mis clientes/pacientes pueden hablarme de casi cualquier cosa y yo no me sentiré choqueado	5,53	0,90	0,307 <0,0001
6. Tengo habilidades para introducir un sentido de normalidad en condiciones estresantes.	5,40	0,67	0,40 <0,0001
7. Es fácil para mí considerar los múltiples facetas del cuidado de un cliente/paciente, al mismo tiempo que los escucho	5,39	0,71	0,44 <0,0001
8. Tengo dificultades para dejar de lado mis creencias y prejuicios para escuchar y aceptar el cliente/paciente	4,58	1,87	0,38 <0,0001
9. Puedo caminar en una habitación con aspecto de serenidad y energía que haga sentir mejor a los clientes/paciente	5,59	0,79	0,42 <0,0001
10. Soy capaz de sintonizar con un cliente/paciente en particular y olvidar mis preocupaciones personales	5,59	0,68	0,41 <0,0001
11. Usualmente puedo establecer alguna forma de relacionarse con la mayoría de los clientes/pacientes	5,68	0,66	0,35 <0,0001
12. Carezco de confianza en mí habilidad para hablar con paciente/usuario cuyos orígenes son diferentes al mío	5,55	1,14	0,37 <0,0001
13. Siento que si tengo una conversación muy personal con mis pacientes/clientes las cosas pueden perder el control	4,97	1,58	0,36 <0,0001
14. Uso lo que aprendo de mis conversaciones con cliente/paciente para suministrar un cuidado más individualizado	5,53	0,71	0,34 <0,0001

15. No me siento con la fortaleza suficiente para escuchar los temores y las preocupaciones de mis clientes/paciente	5,59	1,05	0,31 <0,0001
16. Aun cuando siento confianza en mí misma respecto a la mayor parte de las cosas, todavía soy incapaz de relacionarme con clientes/paciente	5,72	0,90	0,31 <0,0001
17. Creo tener problemas para relacionarme con mis clientes/paciente.	5,83	0,86	0,28 <0,0001
18. Usualmente puedo establecer una relación estrecha con mis clientes/paciente	5,34	1,03	0,41 <0,0001
19. Usualmente logro agradecerles a mis clientes/paciente	5,44	0,89	0,48 <0,0001
20. A menudo encuentro difícil transmitir mi punto de vista a los pacientes/clientes cuando lo necesita.	5,12	1,38	0,37 <0,0001
21. Cuando trato de resolver un conflicto con clientes/pacientes/ lo hago peor.	5,70	0,89	0,37 <0,0001
22. Si pienso que un cliente/paciente está incomodo o puedo necesitar ayuda, me acerco a esa persona	5,57	1	0,38 <0,0001
23. Si encuentro difícil el relacionarme con un cliente/paciente dejo de trabar con esa persona	5,20	1,35	0,29 <0,0001
24. A menudo encuentro difícil relacionarme con clientes/paciente de culturas diferentes a la mía	5,49	1,13	0,34 <0,0001
25. He ayudado a muchos clientes/paciente a través de mi habilidad para desarrollar relaciones cercanas y significativas	5,16	1,07	0,38 <0,0001
26. A menudo encuentro difícil expresar empatía con clientes/pacientes	5,57	1,07	0,36 <0,0001
27. A menudo me siento agobiada por la naturaleza de los problemas que los cliente/paciente están viviendo.	4,89	1,49	0,33 <0,0001
28. Cuando un paciente/cliente está teniendo dificultades para comunicarse conmigo, soy capaz de adaptarme a su nivel	5,28	1,12	0,41 <0,0001
29. Aun cuando realmente trato, no puedo terminar los cuidados con cliente/paciente difíciles.	5,23	1,36	0,43 <0,0001
30. No uso formas creativas o poco usuales para expresar cuidados a mis clientes/pacientes.	5	1,45	0,44 <0,0001
Total Escala Coates	162,7	11,42	
N:360 Coeficiente alfa de Cronbach:0,76 media: 5,42 Desviación estándar: 0,38			

Fuente: Poblete

**ANEXO 06
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO**

NOMBRES Y APELLIDOS DEL EXPERTO

FORMACIÓN ACADÉMICA

ÁREAS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL.....

TIEMPOCARGO ACTUAL.....

INSTITUCION.....

(ENCUESTA MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)

INSTRUCCIONES:

La validación del instrumento tiene como objetivo el de recoger información útil de personas especializadas en el tema

TITULO DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN: “Calidad de vida y la percepción del cuidado humanizado de enfermería-servicio de cuidados intensivos- Hospital Regional de Moquegua- 2017”.

SE COMPONE DE 10 ITEMS, PARA LOS CUALES SE TIENE LA SIGUIENTE ESCALA DE ESTIMACIÓN:

- 1.- Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada
- 2.-Representa una abolición escasa de la interrogante
- 3.- Significa la absolución del ítem en términos intermedios
- 4.-Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada
- 5.-Representa el mayor valor de escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de manera totalmente suficiente

Marque con una “X” en la escala que figura a la derecha de cada Item, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
1.- ¿considera Ud. Què los ítems del medir?	1	2	3	4	5
2.- Considera Ud. què la cantidad de Ítems registrados en esta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3.-¿Considera Ud. Què los Ítems contenidos en este instrumento es una muestra representativa del universo material del estudio ?	1	2	3	4	5
4.-¿Considera Ud. Que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
5.- ¿Considera Ud. Que Los conceptos utilizados en este instrumento son, todos y cada uno de ellos, propios de las variables ?	1	2	3	4	5
6.- ¿Considera Ud. Que todos y cada uno de lo Ítems contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7.- ¿Considera Ud. Que la estructura del presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
8.- ¿Considera Ud. Que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9.-¿Estima Ud. Que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?	1	2	3	4	5
10.- ¿Qué aspectos habría que modificar, que aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse?					

Firma del experto

ANEXO 07
INSTRUMENTO 02: CALIDAD DE VIDA, SATISFACCIÓN Y PLACER
(Q-LES-Q)

Se ha creado este cuestionario para ayudar a evaluar el grado de placer y satisfacción experimentados durante la semana pasada.

ESTADO DE SALUD FÍSICA/ACTIVIDADES

Con respecto a su estado de salud física durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia...

	<i>Nunca</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Amenudo o lamayor parte del tiempo</i>	<i>Muy a menudo o siempre</i>
1. ...se sintió sin dolores ni molestias?	#	#	#	#	#
2. ...se sintió descansado/a?	#	#	#	#	#
3. ...se sintió con energía?	#	#	#	#	#
4. ...se sintió en un excelente estado de salud física?	#	#	#	#	#
5. ...sintió, por lo menos, un estado de salud física muy bueno?	#	#	#	#	#
6. ...no se preocupó de su estado de salud física?	#	#	#	#	#
7. ...sintió que durmió lo suficiente?	#	#	#	#	#
8. ...se sintió suficientemente activo/a?	#	#	#	#	#
9. ...sintió que tenía una buena coordinación en sus movimientos?	#	#	#	#	#
10. ...sintió que su memoria funcionaba bien?	#	#	#	#	#
11. ...se sintió bien físicamente?	#	#	#	#	#
12. ...se sintió lleno/a de energía y vitalidad?	#	#	#	#	#
13. ...no experimentó problemas visuales?	#	#	#	#	#

ESTADO DE ÁNIMO

Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia se sintió...

	<i>Nunca</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Amenudo o lamayor parte del tiempo</i>	<i>Muy a menudo o siempre</i>
14. ...con la mente despejada?	#	#	#	#	#
15. ...satisfecho/a con su vida?	#	#	#	#	#
16. ...a gusto con su aspecto físico?	#	#	#	#	#
17. ...alegre o animado/a?	#	#	#	#	#
18. ...independiente?	#	#	#	#	#
19. ...contento/a?	#	#	#	#	#
20. ...capaz de comunicarse con otras personas?	#	#	#	#	#
21. ...interesado/a en cuidar su aspecto físico (cabello, ropa) y su higiene personal (bañarse, vestirse)?	#	#	#	#	#
22. ...capaz de tomar decisiones?	#	#	#	#	#
23. ...relajado/a?	#	#	#	#	#
24. ...a gusto con su vida?	#	#	#	#	#
25. ...capaz de desplazarse, si fuera necesario, para realizar sus actividades (caminar, utilizar su propio automóvil, el autobús, el tren o cualquier otro medio de transporte disponible), según fuese necesario?	#	#	#	#	#
26. ...capaz de hacer frente a los problemas de la vida?	#	#	#	#	#
27. ...capaz de cuidar de sí mismo?	#	#	#	#	#

LAS ACTIVIDADES DE LA CASA

¿Es usted responsable de algunas tareas de la casa (limpieza, compras, lavar platos, comprar o preparar comidas) para usted mismo/a o para otras personas? NO

SÍ

Si responde que no, anote la razón.

Sino, ¿por qué no?

- 1 Demasiado enfermo/a físicamente
- 2 Demasiado alterado/a emocionalmente
- 3 Nadie espera que haga algo
- 98 Otra razón _____

escriba la razón

Si responde que sí, complete esta sección.

Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia...

	Nunca	Casi nunca	A veces	Amenudo o lamayor parte del tiempo	Muy a menudo o siempre
41. ...quedó satisfecho/a con la manera en que limpió su habitación/apartamento/casa?	#	#	#	#	#
42. ...quedó satisfecho/a con la manera en que pagó las facturas, e hizo sus operaciones bancarias?	#	#	#	#	#
43. ...quedó satisfecho/a con la manera en que compró la comida u otros artículos para la casa?	#	#	#	#	#
44. ...quedó satisfecho/a con la manera en que preparó la comida?	#	#	#	#	#
45. ...quedó satisfecho/a con la manera en que se ocupó de limpiar la casa y lavar la ropa?	#	#	#	#	#
46. ...quedó satisfecho/a con las tareas domésticas que realizó?	#	#	#	#	#
47. ...se concentró y pensó claramente en las tareas domésticas que tenía que realizar?	#	#	#	#	#
48. ...resolvió los problemas de la casa o los manejó sin demasiada tensión?	#	#	#	#	#
49. ...fue firme o tomó decisiones, cuando fue necesario, respecto a las tareas de la casa?	#	#	#	#	#
50. ...hizo arreglos o se encargó del mantenimiento de la casa cuando fue necesario?	#	#	#	#	#

TAREAS DE CURSO/DE CLASE

Durante la semana pasada, ¿siguió algún curso, fue a clase, o participó en algún tipo de curso o clase en algún centro, escuela, colegio o Universidad?

NO

SÍ

Si responde que no, anote la razón.

Sino, ¿por qué no?

- 1 Demasiado enfermo/a físicamente
- 2 Demasiado alterado/a emocionalmente
- 3 Nadie espera que haga esto
- 98 Otra razón _____

escriba la razón

Si responde que sí, complete esta sección.

Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia...

	Nunca	Casi nunca	A veces	Amenudo o lamayor parte del tiempo	Muy a menudo o siempre
51. ...disfrutó con las tareas del curso/clase?	#	#	#	#	#
52. ...deseó empezar las tareas del curso o de la clase?	#	#	#	#	#
53. ...desarrolló las tareas del curso/de la clase sin demasiada tensión?	#	#	#	#	#
54. ...pensó con claridad sobre las tareas del curso/clase?	#	#	#	#	#
55. ...se mostró decidido/a con las tareas del curso/clase, cuando fue necesario?	#	#	#	#	#
56. ...se sintió satisfecho/a con los logros conseguidos en el trabajo del curso/de la clase?	#	#	#	#	#
57. ...se interesó en las tareas del curso/clase?	#	#	#	#	#
58. ...se concentró en las tareas del curso/clase?	#	#	#	#	#
59. ...se sintió bien mientras hacía las tareas del curso/clase?	#	#	#	#	#
60. ...se comunicó e intercambió opiniones con facilidad con los compañeros/as del curso/clase?	#	#	#	#	#

ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE

Las preguntas siguientes se refieren a las actividades de tiempo libre durante la semana pasada, como ver la televisión, leer el periódico o revistas, ocuparse de las plantas de la casa o del jardín, pasatiempos, ir a museos o al cine o a actos deportivos, etc.

	<i>Nunca</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>A menudo o la mayor parte del tiempo</i>	<i>Muy a menudo o siempre</i>
61. Cuando tuvo tiempo, ¿con qué frecuencia lo utilizó para actividades de tiempo libre?	#	#	#	#	#
62. ¿Con qué frecuencia disfrutó de sus actividades de tiempo libre?	#	#	#	#	#
63. ¿Con qué frecuencia deseó realizar las actividades de tiempo libre antes de poder disfrutar de ellas?	#	#	#	#	#
64. ¿Con qué frecuencia se concentró en las actividades de tiempo libre y les prestó atención?	#	#	#	#	#
65. Si surgió algún problema durante las actividades de tiempo libre, ¿con qué frecuencia lo solucionó o lo manejó sin demasiada tensión?	#	#	#	#	#
66. ¿Con qué frecuencia consiguieron mantener su interés las actividades de tiempo libre?	#	#	#	#	#

RELACIONES SOCIALES

Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia...

	<i>Nunca</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>A menudo o la mayor parte del tiempo</i>	<i>Muy a menudo o siempre</i>
67. ...se divirtió conversando o estando con amigos o familiares?	#	#	#	#	#
68. ...deseó reunirse con amigos o familiares?	#	#	#	#	#
69. ...hizo planes con amigos o familiares para futuras actividades?	#	#	#	#	#
70. ...disfrutó conversando con compañeros/as de trabajo o vecinos?	#	#	#	#	#
71. ...se mostró paciente cuando otras personas le irritaron con sus acciones o con sus palabras?	#	#	#	#	#
72. ...se interesó por los problemas de otras personas?	#	#	#	#	#
73. ...sintió cariño por una o más personas?	#	#	#	#	#
74. ...se llevó bien con otras personas?	#	#	#	#	#
75. ...bromeó o se rió con otras personas?	#	#	#	#	#
76. ...sintió que ayudó a amigos o familiares?	#	#	#	#	#
77. ...sintió que no había problemas ni conflictos importantes en su relación con amigos o familiares?	#	#	#	#	#

ACTIVIDADES GENERALES

Nivel global de satisfacción

En general, ¿cómo evaluaría su nivel de satisfacción durante la semana pasada en cuanto a...

	<i>Muy malo</i>	<i>Malo</i>	<i>Regular</i>	<i>Bueno</i>	<i>Muy bueno</i>
78. ...su estado de salud física?	#	#	#	#	#
79. ...su estado de ánimo?	#	#	#	#	#
80. ...su trabajo?	#	#	#	#	#
81. ...las tareas de la casa?	#	#	#	#	#
82. ...sus relaciones sociales?	#	#	#	#	#
83. ...sus relaciones familiares?	#	#	#	#	#
84. ...sus actividades de tiempo libre?	#	#	#	#	#
85. ...su capacidad de participar en la vida diaria?	#	#	#	#	#
86. ...su deseo sexual, interés, rendimiento o desempeño?*	#	#	#	#	#
87. ...su situación económica?	#	#	#	#	#
88. ...la situación de alojamiento o vivienda?*	#	#	#	#	#
89. ...su capacidad para desplazarse sin sentir mareos, inestabilidad o caídas?*	#	#	#	#	#
90. ...su visión en cuanto a la capacidad para trabajar o disfrutar de sus aficiones?*	#	#	#	#	#
91. ...su sensación general de bienestar?	#	#	#	#	#
92. ...la medicación? (Si no toma medicamentos, indíquelo aquí # y deje la respuesta en blanco)	#	#	#	#	#
93. ¿Cómo evaluaría su nivel de satisfacción general de vida durante la semana pasada?	#	#	#	#	#

*Si el nivel de satisfacción es muy malo, malo, o regular en estas respuestas, por favor **SUBRAYE** los factores asociados con la falta de satisfacción.