



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
ESCUELA DE POSGRADO

**FACTORES PERSONALES E
INSTITUCIONALES VALORADOS EN
EL “CUIDADO HUMANO DE AYUDA-
CONFIANZA” BRINDADO POR
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
DE LOS SERVICIOS DE
HOSPITALIZACIÓN EN UNA
CLÍNICA DE LIMA**

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

**AMPARO SILVIA POLANCO VILLARROEL
DE MORIANO**

**LIMA- PERÚ
2019**

ASESORA

MG. ROSA GAUDENCIA VAIZ BONIFAZ

AGRADECIMIENTO

A Dios, quien ilumina mi mente, guía mi camino y por haberme permitido lograr esta meta.

A mis docentes de la Facultad de Enfermería de la UPCH que me apoyaron a terminar este proyecto.

A la Mg. Rosa Gaudencia Vaiz Bonifaz por la paciencia, tiempo y apoyo en asesorar mi tesis.

INDICE

	Pág.
Resumen	
Summary	
Introducción	1
Planteamiento de la investigación	2
Planteamiento del problema	5
Marco Teórico	7
Antecedentes	7
Base teórica	12
Justificación del estudio	25
Objetivos del estudio	25
Metodología	26
Diseño del estudio	26
Área de estudio	26
Población	27
Variables y su operacionalización	28
Hipótesis	32
Técnicas de recolección de datos	32
Consideraciones éticas	34
Análisis de datos	35
Resultados	36
Discusión	49

Conclusiones	59
Recomendaciones	60
Referencias bibliográficas	61
Anexos	66

RESUMEN

Objetivo General: Determinar los Factores Personales e Institucionales que intervienen en el Cuidado Humano de Ayuda-Confianza brindado por profesionales de enfermería en los servicios de una Clínica de la ciudad de Lima, 2017.

Metodología: investigación cuantitativa y descriptiva correlacional, con una población de 45 profesionales de enfermería. Se les aplicó un cuestionario y una guía de observación; respetando los principios bioéticos. Los datos se analizaron mediante la prueba de correlación de Spearman. **Resultados:** los factores personales destacan que 48.9% de participantes tuvieron 23 a 28 años, 82.2% solteros, 93.3% mujeres, 51.1% entre 1-2 años de experiencia laboral, 35.6% con Segunda Especialidad, 26.7% labora en otras instituciones, y en su mayoría estuvo motivada por su jefa, tienen satisfacción personal y siempre entabla relaciones interpersonales con los pacientes. En relación a los factores institucionales el 71.1% considera que el grado de dependencia de los pacientes siempre demanda una continua relación enfermera/paciente/familia. **Conclusiones:** Hubo correlación significativa entre los incrementos de las edades, años de experiencia laboral y nivel de estudio, con el cuidado humano de ayuda confianza; así como entre las facilidades brindadas por los gestores para la capacitación continua y el cuidado humano de ayudaconfianza brindado por los profesionales de enfermería que laboran en la Clínica.

Palabras clave: comunicación, enfermera, paciente, relación de ayuda-confianza, cuidado transpersonal, comunicación verbal, comunicación no verbal.

SUMMARY

General objective: To determine the personal and institutional factors that intervene in the help-trust human care provided by nursing professionals in the services of a Clinic in the city of Lima, 2017. Methodology: quantitative and descriptive correlational research, with a population of 45 care professionals, to whom a questionnaire and an observation guide were applied respecting the bioethical principles of autonomy, beneficence, non-maleficence and justice. The data was analyzed using the Spearman correlation test. Results: personal factors highlight that 48.9% of participants were 23 to 28 years old, 82.2% were single, 93.3% women, 51.1% have 1-2 years of work experience, 35.6% with Second Specialty, 26.7% work in other institutions, and the great majority was motivated by their boss, has personal satisfaction and always establishes interpersonal relationships with patients. 71.1% consider as institutional factors that the degree of dependence of patients always demands a continuous nurse / patient / family relationship. Conclusions: There was significant correlation between increases in ages, years of work experience and level of study, with the human care of trustworthy help; as well as among the facilities provided by the managers for the continuous training and the human care of confidence help provided by the nursing professionals who work in the Clinic.

Keywords: nurse-patient communication, help-trust relationship, transpersonal care, verbal communication, non-verbal communication.

INTRODUCCIÓN

El cuidado objeto de estudio de la Disciplina Enfermería se convierte en una tecnología blanda aplicada por los profesionales cuando brindan cuidado al paciente. En todo acto de cuidar la enfermera/o establece una interacción de ayuda y confianza con el usuario sano o con problemas de salud.

Al respecto, Jean Watson teoriza que cuando la enfermera/o pone en práctica esta interacción se coloca en lugar del paciente no siendo posesiva pero sí coherente al brindarle acogida auténtica, empatía, acogida no posesiva y una comunicación eficaz¹.

La relación de ayuda-confianza es clave para desarrollar vínculos significativos en todo proceso de convivencia del paciente dentro del escenario hospitalario; crea un clima de seguridad a fin de proporcionarle el contexto adecuado humanizado para encontrar las respuestas y los recursos necesarios, para que el paciente tome sus propias decisiones.

El paciente demanda que las enfermeras establezcas con él relaciones humanas y actitudes facilitadoras en la interacción cotidiana a través de una comunicación verbal y no verbal adecuadas a su requerimiento de cuidado que necesita desde la admisión hasta su alta.

El establecimiento de la relación es compleja y pueden intervenir diversos factores, entre ellos los personales e institucionales. Entre los primeros se encuentran las

características sociodemográficas, motivación personal y la satisfacción personal. Por otro lado los factores institucionales (infraestructura, condición laboral, carga laboral, grado de dependencia de pacientes, distribución del personal según turno, falta de reconocimiento del desempeño y limitaciones en las facilidades otorgadas para la capacitación continua) están dando lugar a que los profesionales de enfermería se distancien de la visión humanística del cuidado enfermero que necesita el paciente, afectándose el establecimiento de la relación ayuda-confianza.

La investigación se realizó con el objetivo de determinar los factores personales e institucionales que intervienen en el cuidado humano de ayuda-confianza brindado por profesionales de enfermería en los servicios de hospitalización en una Clínica de Lima, 2017

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

El cuidado nació antes que el hombre y perdura hasta la actualidad considerándosele necesario para la perpetuidad del ser humano. Desde que nacemos tenemos una persona que nos cuida que puede ser nuestra madre u otra que se encuentra en nuestro entorno físico, emocional, social o espiritual. La esencia de cuidar personas es propia del ser humano y va de la mano con el entorno donde se desenvuelve el día a día del individuo. Cuando la comunidad de seres humanos se fue desarrollando, los grupos de personas fueron ejerciendo el cuidado en términos domésticos, en acciones diferenciadas culturales hasta llegar al cuidado con compromiso ético-legal profesional.

Enfermería utiliza el método científico para lograr sus objetivos, y se apoya en tecnologías duras y blandas para conseguirlo. En el presente siglo con el gran desarrollo de la tecnología dura y su uso en los diferentes servicios para cuidar la salud de los usuarios tanto en instituciones públicas como privadas, se ha venido dejando de lado la humanización del cuidado como tecnología blanda que satisface las necesidades holísticas del cuidado por profesionales de enfermería.

El cuidado enfermero, como tecnología blanda se convierte en el pilar fundamental de la práctica profesional de las enfermeras y enfermeros, cuyo ejercicio requiere compromiso personal, social, moral y ético; pero también necesita del apoyo de la tecnología dura según sea la situación de salud de la persona. Constituye un componente esencial que se caracteriza por el establecimiento de una relación intersubjetiva entre profesional y usuario, en donde ambos muestran sentimientos diversos y ponen en marcha sus comportamientos de reconocer al otro como un ser humano diferente, sensible, con la necesidad de auto conocerse y de aceptarse en este momento que comparten en el cotidiano del cuidado^{1,2}.

Cuando un profesional de enfermería cuida a una persona, familia o comunidad demuestra empatía hacia uno o varios seres humanos tratando de ponerse en el lugar en que ellos se encuentran cuando solicitan uno o varios actos de cuidar en las diversas instituciones del sistema de salud público o privado. Los profesionales desarrollan intervenciones individuales y grupales planificadas, con mensajes claros, comprensibles, amables, sensibles y flexibles, que convencen al usuario sin coacción, respetando su dignidad humana e interculturalidad.

El desarrollo de la ciencia y tecnología ha llevado a los profesionales de enfermería a capacitarse y actualizarse en el manejo de equipos y materiales cada vez mayormente adquiridos por la administración de las instituciones hospitalarias públicas y privadas para satisfacer la variada demanda de la problemática de salud de los pacientes. Esta situación ha tenido como resultado el incremento de habilidades y destrezas en tecnología dura cada vez más sofisticada y compleja en su manejo, pero en el cotidiano los profesionales se han venido distanciando de la visión humanística en el cuidado del paciente expresado en la relación ayuda-confianza entre los enfermeros/as y el usuario que propicia un cuidado transpersonal².

La ciencia de Enfermería cuenta con varias teóricas que han estudiado el cuidado; entre ellas tenemos a Jean Watson, quien establece 10 factores Caritas, en el cuidado transpersonal del paciente, siendo el cuarto factor el “desarrollo de una relación de ayuda-confianza”. Cuando los profesionales de enfermería desarrollan este factor en el ejercicio del cuidar a la persona, familia y comunidad establecen una relación intersubjetiva que los lleva a aceptar las manifestaciones emocionales de los usuarios, sean positivas o negativas, poniendo de manifiesto su calidez, espontaneidad, honestidad y comprensión durante la comunicación verbal y no verbal^{1,2}.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Lima, las enfermeras supervisoras de una institución privada reciben los siguientes comentarios de los usuarios sobre el cuidado que brindan las enfermeras/os: cuando los enfermeros/as ingresan a la habitación lo primero que miran es el aparato de la presión y del oxígeno, luego la bomba del medicamento y finalmente se van sin decir nada, no todas cumplen con los saludos diarios cuando se acercan a controlar la temperatura o la presión, cuando estuve en emergencia observé que los enfermeros corrían de un lugar a otro, no percibí su preocupación por mi estado emocional cuando me quedé sola en la sala de observación, necesite ser escuchada oportunamente por los enfermeros y saber los resultados del procedimiento que me realizan, en la UCI los enfermeros/as se acercan más a los pacientes que están graves, no perciben la angustia de los otros cuando hablan en voz baja y que cuando nuestra familia nos acompaña aunque sea por unos momentos disipamos nuestras angustias.

Algunas de estas quejas son escritas por los pacientes o sus familiares y lo entregan a la oficina de Bienestar y luego son enviadas a la Dirección Médica y finalmente a la enfermera jefe del servicio de hospitalización.

La función de la Enfermera jefe de hospitalización es entrevistar a las enfermeras asistenciales respecto a las opiniones o quejas que presentan los pacientes, ante la preocupación la Enfermera Jefe indaga sobre los problemas suscitados, con el interés de mejorar el cuidado solicitando a las enfermeras asistenciales que presenten temas relacionados al problema suscitado al equipo de enfermería.

Por su parte las enfermeras/os asistenciales refieren: me siento mejor valorada/o cuando soy capacitado en el manejo de equipos de última generación, considero a la tecnología de última generación como un poder ejercido frente a otros colegas que no están capacitados y actualizados, generalmente me acerco al paciente cuando voy a realizar un procedimiento porque tengo poco tiempo debido a la sobrecarga de trabajo en cada turno, a veces estoy cansado porque vengo a la Clínica después de cumplir turno de 12 horas en otra institución y solo tengo fuerzas para cumplir con los procedimientos, disponiendo escaso tiempo para poder escuchar atentamente a los pacientes, la permanente rotación de personal nuevo sobrecarga mi trabajo durante el turno porque tengo que estar ayudándolo en su adaptación al ambiente físico y en resolver los problemas de vida o muerte de los pacientes bajo su cuidado, entonces el tiempo avanza y ya no me queda tiempo para escuchar a los pacientes.

La situación referida llevó a formular el siguiente problema de investigación:

¿Cuáles son los Factores Personales e Institucionales que intervienen en el Cuidado Humano de ayuda-confianza brindado por profesionales de enfermería de los servicios de hospitalización de una Clínica de Lima, 2017?

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES:

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Moraes de Sabino L, et.al.³ realizaron en Brasil una investigación para establecer el concepto de tecnología blanda-dura en las prácticas de enfermería. A través del método de Walker e Avant desarrollaron durante dos meses del año 2014 un proceso reflexivo sobre el análisis del concepto “tecnología blanda-dura”, realizando una exhaustiva búsqueda en bases de datos virtuales. Resultados: el concepto ha tenido una evolución que partió del constructo “técnica” hasta entrelazarse con proposiciones subjetivas y objetivas de la persona que cuida la enfermera (o). El concepto es desarrollado más allá del conocimiento e integra elementos ordenados, organizados sistemáticamente y otorga libertad a los profesionales que utilizan tanto la tecnología blanda como la dura en el cuidado de la persona. Cuando las enfermeras (o) aplican la tecnología para cuidar al paciente evidencian el fomento de dos situaciones: proceso de salud y vínculo profundo establecido con la persona a quién cuida. Conclusión: el método empleado para analizar el concepto en mención permitió a los investigadores delimitar los elementos que conformaron el concepto y precisar la utilidad de ellos en el quehacer profesional de enfermería para cuidar al paciente en su quehacer cotidiano.

Puch-Ku G, et.al.⁴ desarrolló en México un estudio para determinar la relación entre las dimensiones del cuidado de enfermería con el nivel de satisfacción de los pacientes adultos hospitalizados. Fue no experimental, descriptivo y correlacional,

ejecutado con 296 usuarios hospitalizados, a quienes se les aplicó un cuestionario de satisfacción que evaluó el cuidado recibido de los profesionales de enfermería. Resultados: 70.1% tuvo satisfacción general, 59.6% satisfacción con las intervenciones de cuidado y 90.3% con las intervenciones educativas proporcionadas por las enfermeras. Conclusiones: los indicadores demográficos de los participantes en la investigación no correlacionaron con los cuidados que los pacientes recibieron, por lo que se afirmó que no se comprobó la hipótesis planteada.

Landman NC, et.al.⁵ ejecutaron en Chile una investigación para determinar la apreciación usuaria respecto a la competencia comunicacional del profesional de enfermería. Fue no experimental, descriptiva y de corte transversal con 151 usuarios menores de 18 años hospitalizados en instituciones públicas chilenas en el último trimestre del año 2013. Resultados: Las usuarias femeninas tuvieron mayor insatisfacción global que los varones, la población joven y los pacientes que tuvieron mayor grado de instrucción refirieron mayor insatisfacción con la comunicación establecida con las enfermeras, sobre todo con la no verbal y la dimensión emocional fue mejor valorada que la proactividad. Conclusiones: los profesionales de enfermería requieren implementar comunicación de calidad que evidencie el establecimiento de vínculos profundos con los pacientes, respetando su unicidad, singularidad, derecho de autonomía e información oportuna cuando él tome decisiones durante la hospitalización respecto a la conservación de su salud. Castañeda C, et.al.⁶ llevaron a cabo en Colombia una investigación para indagar sobre la humanización del cuidado, sus barreras y la aplicación de los Modelos de

Empoderamiento. Tuvo enfoque cualitativo fenomenológico sustentada en marcos teóricos de Watson, Spreitzer y Kanter, con 10 enfermeras y 5 pacientes de UCI; a las primeras se les aplicó entrevistas semiestructuradas y a los pacientes un cuestionario. Resultados: los constructos de la Teoría de Watson empoderan a los profesionales de enfermería para el desarrollo de su práctica diaria, pudiendo enfatizar el carácter integral y permite a las enfermeras asumir un liderazgo participativo. La conclusión fue que los profesionales de enfermería tienen al modelo del empoderamiento sustentado en los planteamientos teóricos de Watson considerándolo como herramienta para brindar un cuidado trascendente que deje huellas profundas transpersonales en pacientes hospitalizados en UCI.

Barbero López V⁷ en España realizó otra investigación para determinar los atributos de un cuidado humanizado, su interrelación con las características del personal asistencial y la influencia que éstos tienen en el ámbito institucional donde se desempeñan. Estudio descriptivo-observacional correlacional; utilizó una muestra de 98 trabajadores de consulta externa y servicios hospitalarios públicos. Predominó el sexo femenino y con pareja; la edad osciló entre 25 a 40 años; solamente el 9.4% de profesionales tenía estudios de postgrado y más de la mitad de la muestra tenía como experiencia profesional de 11 a 20 años. Los atributos menos observados estuvieron relacionados con la interacción, el espacio para actividades individuales, autocuidado y crecimiento personal. Conclusiones relevantes: Las características demográficas de la muestra de estudio tuvieron relación significativa con los atributos del cuidado humanizado brindado a los pacientes por profesionales asistenciales de enfermería.

Granados PY.⁸ ejecutó en Colombia un estudio para conocer cómo interviene el uso de la tecnología en la relación enfermera - paciente, desde el punto de vista de las enfermeras. Fue cualitativo con Teoría Fundamentada que recolectó información de 20 enfermeras que laboraban en ambientes de urgencia de hospitales en ciudades de Colombia, a través de entrevistas semiestructuradas. Resultados relevantes: se identificaron 4 subcategorías para la categoría interacción durante el cuidado directo e indirecto, consideran a la tecnología como componente facilitador de la relación enfermera-paciente, señalan a la tecnología como medio o como fin en el acto de cuidar y relevan la presencia de la enfermera con respecto a la tecnología utilizada durante el cuidado. Conclusiones: las enfermeras (os) se consideran como personas irremplazables en el cuidado a los pacientes y a la tecnología como elemento de apoyo en sus intervenciones profesionales.

ANTECEDENTES NACIONALES

Sebastián Ll.C.⁹ realizó una investigación en Lima para determinar el factor personal e institucional en el desarrollo del “cuidado humano de ayuda-confianza”. Fue descriptiva y transversal, utilizando una población de 35 enfermeras, quienes respondieron un cuestionario y fueron observadas por la investigadora durante los turnos desempeñados. Resultados: 60% de las participantes presentaron como factores personales principales la motivación, satisfacción personal y relaciones interpersonales; 80% refirieron a la capacitación como factor institucional que interviene en el desarrollo del cuidado humano, 97.14% estableció una comunicación eficaz, 88.57% coherencia y acogida en la comunicación y un

77.14% empatía con los pacientes. Conclusión: el factor personal de los enfermeros y el institucional están presentes en el desarrollo del cuidado humano de ayuda-confianza de los profesionales de enfermería a los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina de la institución hospitalaria de EsSalud.

Quiñones Ch.S.¹⁰ realizó en Chiclayo un estudio para identificar, describir y analizar la comunicación enfermera intensivista durante el cuidado a la persona no consciente. Tuvo diseño cualitativo tipo caso, sustentado teóricamente en Stefanelli, Jean Watson y Torralba; utilizó una muestra de 10 profesionales de enfermería que fueron entrevistados y observados durante la práctica comunicacional con los pacientes. Resultados: Se identificó categorías relevantes, entre ellas, la comunicación enfermera-paciente inconsciente y el establecimiento de estrategias de la enfermera para poderse comunicar con el paciente no consciente. Conclusión: La enfermera considera relevante la necesidad de poner en marcha estrategias creativas e innovadoras que propicien una comunicación de calidad con los pacientes inconscientes, pero señala que el trabajo intenso en la UCI muchas veces interfiere en su comunicación individual con pacientes inconscientes asignados a su cuidado.

Espinoza L, et.al.¹¹ desarrolló una investigación en Huacho para describir la percepción del cuidado humanizado en pacientes atendidos por el profesional de enfermería. Fue no experimental, descriptiva y de corte transversal, con 65 usuarios mayores hospitalizados más de 24 horas en medicina, cirugía y obstetricia. Resultados: 55.4% percibieron disponibilidad de cuidado por parte de las enfermeras, 52.3% empatía, 47.7% apoyo emocional, 35.4% apoyo en cuidado

físico y el 36.9% refirieron que nunca percibieron de las enfermeras una priorización en el cuidado que ellos requerían. Conclusiones: La mayoría de los pacientes tuvieron una baja percepción del cuidado humanizado brindado por las enfermeras durante la hospitalización, lo que refleja a su vez un problema de calidad de atención de Enfermería.

BASE TEÓRICA

Cuidado de Enfermería

El cuidado de enfermería es la esencia y objeto de estudio disciplinar que permite la interacción transpersonal de la enfermera (o) con el ser humano que necesita cuidado dentro de un entorno que propicia una relación sustentada en el establecimiento de un profundo vínculo único, amoroso, honesto, sincero, empático, con apego y abierto frente a las diversas respuestas humanas de la persona sana o con problemas de salud en particular².

El acto de cuidar significa para el profesional de enfermería el desarrollo de un ejercicio profesional con intercambio de respuestas emocionales que fomentan un vínculo amical, positivo e interaccional con la persona, familia y comunidad. Cuando la enfermera (o) establece un vínculo equitativo con el usuario del cuidado, respecto al reconocimiento de las diferencias podrá presentarse una interacción respetuosa de las diferencias y un contexto facilitador para una toma de decisiones entre los participantes que estén dentro del vínculo. Cuando se logra esta situación entonces la enfermera (o) evitará un cuidado sobreprotector o coaccionador que

limite o anule la consideración de las potencialidades del paciente para la satisfacción de sus necesidades según las dimensiones humanas.

El cuidado enfermero ha sido estudiado por varias teoristas, una de ellas es Jean Watson, quién desarrolló desde el siglo pasado un marco teórico del cuidado enfermero planteando consideraciones fenomenológicas, existenciales y espirituales que muestran la necesidad que tienen las enfermeras de trascender profesionalmente con el cuidado que brindan a los pacientes, y que en este siglo lo viene actualizando a través de los resultados obtenidos por profesionales de enfermería de los diferentes países que ponen en práctica la aplicación de su marco teórico^{1,2}.

Watson reflexiona que profesionales de enfermería al unir la teoría y la práctica utilizando las ciencias y las humanidades conseguirán obtener raíces sólidas que sustenten el cuidado integral, permitiéndoles también tener una mente divergente, con incremento de conocimientos propios y de otras ciencias, así como la práctica de un pensamiento crítico y habilidades para su desarrollo personal; de ésta manera cada profesional puede participar en el desarrollo de la Ciencia de Enfermería².

Marriner explica que los diez factores de cuidado que son la columna vertebral de la teoría de Jean Watson, se caracterizan por tener un elemento fenomenológico para la relación enfermera-paciente, y que los tres primeros son factores independientes constituyentes del fundamento filosófico para la Ciencia del Cuidado que es la Enfermería. Posteriormente los diez factores de cuidados dieron lugar a los “Procesos Caritas”; que ponen énfasis principalmente en una dimensión espiritual que expresa fundamentalmente amor y cuidado². En la investigación se

estudió el cuarto Factor de cuidado /Proceso Caritas “desarrollo de la relación ayuda-confianza”.

Relación de ayuda - confianza enfermera – paciente

Esta relación es imprescindible para el cuidado transpersonal, fomenta y acepta la expresión verbal y no verbal que hace la persona tanto de sus sentimientos positivos como de los negativos; implica ponerse en el lugar del “otro”, acogerlo, establecer una comunicación dialógica y ser un profesional coherente, no posesivo durante el acto de cuidar a un ser humano^{1,2,12}.

La coherencia implica ser real, honesto, y auténtico en la relación transpersonal con el paciente y su familia. El paciente debe percibir que la enfermera (o) hace lo que dice respecto a la información, educación y solución a las necesidades originadas por sus problemas de salud. La coherencia practicada por la enfermera propicia velar por la individualidad y unicidad de los pacientes y descarta los intereses personales o institucionales^{1,2}.

Los profesionales de enfermería que aplican coherencia en su relación de ayuda confianza son personas que conocen sus valores, metas y mantienen una conducta correcta basada en principios aprendidos durante su crianza familiar y su contacto con el entorno social y religioso. Ellos se caracterizan por ser auténticos, prudentes, consecuentes, abiertos a la comunicación y a la escucha activa en su quehacer cotidiano de cuidado^{1,12}.

La relación de ayuda confianza requiere coherencia para cumplir con calidad los requerimientos de cuidado de forma sincera, honesta, confiable y responsable que haga evidente un cuidado oportuno, prudente, auténtico y visible usuario sano al o con diversos problemas de salud agudos o crónicos.

La empatía es la capacidad que se va adquiriendo a través de la experiencia en el cuidado y le permite a la enfermera ser comprensiva con la expresión de percepciones y sensaciones de otro ser humano. La enfermera puede interactuar unas cuantas veces y hace empatía una o varias veces, un requisito para desarrollar la empatía es el deseo de ayudar¹².

La enfermera al cuidar al paciente pone en juego su capacidad empática, que es mostrada cuando ella penetra en el mundo de percepciones del paciente, se pone auténticamente en el lugar de él, comprende lo que hay detrás de sus pensamientos, emociones y sentimientos, tratando de comprenderlo sin ideas preconcebidas. A la capacidad empática se suma el respeto y la aceptación del paciente sin ninguna barrera que obstaculice la relación enfermera-paciente, de tal manera que el usuario se siente apreciado en su dignidad humana, con confianza y libertad de expresión para la toma de decisiones que él considere convenientes con respecto a su participación en su cuidado. La aceptación de él por la enfermera lo hace sentirse comprendido en su situación de salud, valioso como ser humano, le ayuda en su autonomía personal y en su adaptación hospitalaria^{2, 12,13}

Es necesario que el profesional de enfermería recuerde que brinda un servicio

humano a otro ser humano que cuando está hospitalizado tiene sufrimiento físico, emocional, social y o espiritual y que requiere de una persona que se pone en su lugar de manera terapéutica para que él logre confort integral que lo lleve a la pronta recuperación o a la adaptación de sus potencialidades frente a una enfermedad crónica, o inclusive le ayude en el buen morir^{1, 13,14}.

La acogida no posesiva del profesional de enfermería con respecto al paciente se pone de manifiesto a través de un volumen moderado del habla, movimientos relajados y espontáneos durante el diálogo con el usuario y también con expresiones faciales coherentes con el lenguaje y que no expresen coacción ni subordinación^{1, 2, 13,14}. El profesional de enfermería expresa su acogida no posesiva a través de elementos físicos y emocionales.

Es necesario preparar el medio ambiente físico donde el paciente va a ser recibido. La unidad debe procurar intimidad, manteniendo una distancia que favorezca la relación de ayuda-confianza, es decir que el paciente no se sienta invadido cuando tiene a la enfermera frente a él. El ambiente físico debe permitir que el paciente observe de cuerpo entero a la enfermera, escuche el lenguaje verbal y aprecie el lenguaje no verbal que ella le proporciona cuando le brinda cuidado¹².

Existen actividades importantes para favorecer en el paciente una buena acogida de lenguaje verbal, entre ellos tenemos¹⁴:

- Interactuar con el paciente llamándole por su nombre.

- Mencionar contenidos comunicacionales de interés y satisfacción para el paciente.
- Destacar textos positivos durante el establecimiento de la comunicación.
- Dialogar en un contexto adecuado mientras dure el proceso comunicacional.
- No etiquetar o generalizar al receptor según percepción del que expresa el lenguaje.
- Considerar palabras no técnicas en el contenido de la comunicación si precisa la situación de comunicación.

La acogida no verbal involucra gestos, movimientos corporales, tacto y aspecto físico con inclusión de algunos accesorios y está influenciada por la cultura. Puede retroalimentar o contradecir lo que expresa la enfermera con la palabra. Muchas veces esta interacción expresa más que las palabras, puesto que la persona tiene menos control consciente que la comunicación verbal^{14,15,16}.

El aspecto físico de la enfermera es una muestra de cierta calidad de respeto, de sensibilidad y de diálogo. La expresión de la cara, así como el contacto visual deben mostrar al paciente que estamos presentes y que los escuchamos. Por su parte la sonrisa mostrada debe ser natural y auténtica para favorecer un clima de relajación y de confianza durante la relación ayuda-confianza. Los movimientos corporales moderados pueden ser interpretados por el paciente como expresión de espontaneidad, proximidad e igualdad, es decir de una relación horizontal durante el cuidado^{12,13}.

Por su parte la acogida emocional se caracteriza por la disponibilidad interna de la enfermera demostrada de forma verdadera y sencilla, teniendo en cuenta la autodeterminación del usuario, el ritmo de su lenguaje, sus palabras, la expresión de sus pensamientos y sentimiento, también sus silencios y sus perspectivas frente a su situación de salud. La acogida no posesiva requiere de paciencia, comprensión, calidez, cierto humor, firmeza sin coacción y ayuda que se extiende a la familia para disminuir o evitar situaciones de mayor ansiedad o angustia que incrementen la vulnerabilidad de las personas cuidadas^{13,14}.

El cuarto factor también necesita de la comunicación eficaz que está constituida por elementos que dan lugar a respuestas de conocimiento, emocionales y de comportamiento positivo frente los mensajes emitidos^{1,2}. Es de suponer entonces que cuando la enfermera (o) implementa una relación de ayuda – confianza enfermera/o-paciente, necesita de un buen dominio del proceso de comunicación humana verbal y no verbal que para que sea considerado un emisor cuyo mensaje llegue al receptor y provoque en él una respuesta positiva que lo involucre favorablemente en su cuidado holístico^{12,15,16}. En el proceso de comunicación intervienen 3 elementos: emisor, mensaje y receptor.

Emisor: Puede ser el individuo o grupo que va a transmitir un mensaje a otra persona, familia o colectivo, a quién se le llama codificador original y es el que genera un conjunto de ideas o propone uno o varios motivos para el origen del proceso comunicacional. Las ideas deben reunir una codificación adecuada^{12, 16,17}. Esta codificación propicia la elección de signos o símbolos específicos por el emisor para transmitir el mensaje. La forma de utilizar las palabras que expresen un

contenido, el tono de voz y los gestos que utilizan frecuentemente las enfermeras (os) deben comprender lenguaje común pero fundamentados en un marco técnico-científico^{12, 13}.

Mensaje: Está constituido tanto por lo que realmente se dice o escribe como por el lenguaje corporal. El método usado para transmitir el mensaje debe ser capaz de dirigirse a cualquiera de los sentidos del receptor con carácter claro, intencional y apropiado. Es preciso considerar que la comunicación escrita se utiliza para conservar el contenido del mensaje y cuando las explicaciones son largas, en cambio la vía de relación no verbal es generalmente afectivo^{14, 15,17}.

Receptor: Es el decodificador, escucha, observa y atiende; percibe lo que el emisor pretende comunicar (interpretación). La percepción usa todos los sentidos para recibir mensajes verbales y no verbales. Decodificar significa relacionar el mensaje percibido con el conjunto de conocimientos y experiencias del receptor, y aclarar el significado del mensaje. La decodificación correcta del mensaje por el receptor, de acuerdo con la intención del emisor, depende en gran parte de sus semejanzas en cuanto a conocimiento, experiencia y fondo sociocultural. Si el significado del mensaje decodificado coincide con lo que intenta transmitir el emisor, la comunicación ha sido eficaz^{12, 15,17}.

En el contexto hospitalario se olvida la dimensión afectiva en la comunicación, para considerar como lo más importante el diagnóstico clínico, los procedimientos tecnológicos y el tratamiento farmacológico. La persona queda reducido a una cosa

y la atención asistencial que recibe queda reducida a pura rutina, incluso, a veces, se le evita y se le abandona en su proceso de morir^{1, 2, 17,18}. Los usuarios y su familia solicitan de los profesionales un cuidado humanizado que muestre el establecimiento de una relación ayuda-confianza, basada en una comunicación eficaz con sensibilidad, escucha activa, acompañamiento, comprensión y solidaridad, y les proporcione una visión completa de que las enfermeras (os) atienden sus necesidades en forma integral de acuerdo a sus requerimientos individuales^{18, 19,20}.

Factores personales en profesionales de enfermería que intervienen en la relación de ayuda-confianza.

Existen varios factores personales de las enfermeras (os) que intervienen en el establecimiento del proceso de comunicación verbal o no verbal con el paciente hospitalizado, se presentan como variables sociodemográficas y cualidades que permiten caracterizar a las enfermeras/os para llevar a cabo la interacción durante el cuidado que brindan. Las primeras son conjunto de datos que describen a una determinada población, a partir de cuyo análisis pueden hacerse interpretaciones de su comportamiento en el campo de donde son recolectados, hacer proyecciones y predicciones que propician la reflexión-acción del investigador y a la búsqueda de posibles soluciones^{12,21,22,23}. Los indicadores sociodemográficos considerados en la presente investigación son: edad, sexo, estado civil, instrucción y ocupación de los profesionales de enfermería. Otros factores personales son las variadas cualidades personales que un individuo brinda al trabajo: conocimientos, destrezas y su capacidad profesional^{22, 23,24}.

Los empleados al ingresar a prestar servicios en una determinada institución de salud, carecen de los conocimientos o destrezas necesarios para desempeñarse bien en su labor por una variedad de razones. A veces son promovidos para realizar un determinado trabajo sin haber recibido la capacitación previa correspondiente, o no están al tanto de los protocolos o normas. Otros pueden haber recibido capacitación deficiente en las escuelas profesionales o se han olvidado la información o técnicas por falta de aplicación de las habilidades y conocimientos técnico-científicos. Con el tiempo en el ejercicio de su profesión las personas incrementan sus capacidades demostradas en conocimientos amplios, mejores habilidades y destrezas e incremento de su inteligencia, resiliencia y toma de decisiones, lo que les permiten ascensos y reconocimiento de sus empleadores, lo que contribuye a elevar su autoestima y propiciar mayor desarrollo profesional^{12, 22, 23,24}.

Factores institucionales que intervienen en la relación de ayuda-confianza enfermera-paciente

Hacen referencia a aquellas condiciones o situaciones evidenciadas en el entorno laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido de las diversas funciones o actividades propias del trabajo diario, y que tienen una o más características que pueden afectar no solo el confort físico, sino muchas veces la dimensión psicoemocional y/o social de la persona y el cumplimiento de los objetivo, misión y visión institucional.

Las condiciones institucionales desfavorables dan origen a la aparición de conductas y actitudes inadecuadas de las personas para el desarrollo de un determinado trabajo, cuyos resultados producen efectos que comprometen la salud,

el bienestar y la calidad de vida del trabajador. No siempre las condiciones inadecuadas del entorno laboral originan las mismas consecuencias en los trabajadores^{22, 24}.

Ciertas características propias de cada trabajador (personalidad, necesidades, expectativas, vulnerabilidad, capacidad de adaptación, toma de decisiones, entre otras), determinarán la magnitud y la naturaleza tanto de sus reacciones como de las consecuencias que sufrirá si no las sabe afrontar. Tanto en el trabajo como fuera de él, las personas se ven expuestas a una gran cantidad de factores que ponen a prueba su capacidad de adaptación. Esta capacidad es limitada, así el efecto sumativo de estos factores sobre el ser humano va disminuyendo su capacidad de resistencia o de adaptación al entorno laboral y a las relaciones interpersonales que necesita establecer con sus compañeros, de manera que, en un tiempo mayor o menor pueda desencadenar reacciones no adecuadas e incomprensibles en el ambiente laboral.

Existen varios factores institucionales que pueden interferir o facilitar la relación de ayuda, entre ellos se mencionan los siguientes^{22, 23,24}:

- Carga mental: Referida al grado de movilización de alerta, concentración y al esfuerzo intelectual que debe realizar el trabajador frente al conjunto de demandas laborales que recibe su sistema nervioso durante el curso del desempeño laboral, sea diurno o nocturno. Este factor valoriza la carga mental a través de los siguientes indicadores^{12,22}:

- Presiones de tiempo a partir del inicio y duración de la función/actividad asignada; incluye la recuperación de retrasos y la rapidez con la que el trabajador realiza la actividad solicitada en el horario de trabajo establecido.
 - Esfuerzo de atención que incluye la intensidad o el esfuerzo de concentración o reflexión necesaria para recibir las informaciones del proceso y elaborar las respuestas adecuadas y por la constancia con que debe ser sostenido este esfuerzo. Puede aumentar en función de la frecuencia de aparición de posibles incidentes y los efectos que pudieran ocasionarse durante el desempeño por una equivocación del trabajador.
 - La fatiga percibida que es uno de los principales resultados que se producen como consecuencia de una sobrecarga de las exigencias de la actividad asignada en un cargo asignado.
 - El número de informaciones que se precisan para realizar la actividad y el nivel de complejidad de la misma, son dos factores considerados para determinar la sobrecarga laboral del trabajador.
 - La percepción subjetiva de la dificultad que para el trabajador tiene el desempeño laboral.
- Autonomía temporal: Referida a la discreción concedida al trabajador, sobre la gestión que realiza de su tiempo de desempeño y el descanso correspondiente. Se pregunta al trabajador sobre la elección del ritmo o de la cadencia de trabajo y de la libertad que tiene para alternarlos si lo desea, así como respecto a su capacidad para distribuir los descansos en sus horarios de labor cotidiana.
 - Contenido del trabajo: Se refiere al grado en que el conjunto de actividades desempeñadas por el trabajador activan una cierta variedad de sus capacidades,

responden a una serie de sus necesidades y expectativas que favorecen su desarrollo psicológico y por ende mejora su motivación e interés.

- Supervisión-participación: Define el grado de autonomía del trabajador para tomar decisiones y distribuir el poder de la decisión sobre distintos aspectos relacionados con el desarrollo de las actividades programadas entre el trabajador y la dirección de la institución para cumplir con los objetivos institucionales.
- Definición de rol: Este factor considera los problemas diversos que pueden originarse del rol laboral y organizacional dado a cada trabajador en una institución, y que es evaluado a partir de dos situaciones:
 - a- La ambigüedad del rol: Se produce cuando se da al trabajador una inadecuada información sobre su rol laboral e institucional y él no consigue delimitar con claridad la perspectiva del cumplimiento de actividades propias al cargo.
 - b- La conflictividad del rol: Se produce cuando existen demandas de trabajo conflictivas o que el trabajador no desea cumplir en su práctica laboral.
Pueden presentarse conflictos entre:
 - Las demandas de la institución y los valores y creencias propias
 - Las obligaciones de distintos trabajadores
 - Las actividades muy numerosas o que presentan dificultades.
- Relaciones personales: Este factor mide la calidad de las relaciones personales entre los trabajadores de una institución. Se tiene en cuenta la comunicación entre trabajadores así como el desarrollo de relaciones que el trabajador tiene

con los distintos colectivos del entorno laboral para conformar equipos de trabajo encaminados al logro de la misión y visión institucionales.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Valor teórico: La investigación aplica el cuarto factor de la Teoría de Jean Watson para generar evidencia de la relación de ayuda-confianza que establecen las enfermeras y enfermeros durante el cuidado a los pacientes hospitalizados en una Clínica de Lima. Implicaciones prácticas: Los resultados de la investigación son trascendentales para mejorar el proceso de comunicación verbal y no verbal entre el grupo de enfermeras(os) y pacientes, lo que elevará la calidad de confianza del paciente durante la gestión del cuidado clínico. Conveniencia: La difusión de resultados de la investigación cobran relevancia para que las/los enfermeras/os reflexionen sobre el desarrollo de una relación transpersonal que los acerquen cada vez más al establecimiento permanente de un cuidado humano a los pacientes hospitalizados. Relevancia social: El establecimiento de la relación intersubjetiva enfermera(o)- paciente, permite al usuario recibir de los profesionales de enfermería un cuidado individual, singular y digno, elevando la característica de humanización en los servicios de hospitalización de la institución privada de estudio.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo general

- Determinar los factores personales e institucionales que intervienen en el cuidado humano de ayuda-confianza brindado por profesionales de enfermería en los servicios de hospitalización en una Clínica de Lima, 2017.

Objetivos específicos

- Identificar los factores personales de los profesionales de enfermería que intervienen en el “Cuidado humano de ayuda-confianza”: edad, sexo, estado civil, años de experiencia, nivel de estudios, instituciones laborales, motivación y satisfacción personal, y establecimiento de relaciones interpersonales con el paciente.
- Identificar los factores institucionales que intervienen en el “Cuidado humano de ayuda - confianza” que brindan los profesionales de enfermería: infraestructura, condición laboral, carga laboral, grado de dependencia de pacientes, distribución del personal, reconocimiento del desempeño y facilidades para capacitación continua.
- Establecer la relación entre los factores personales e institucionales y “Cuidado humano de ayuda-confianza” brindado por los profesionales de enfermería.

Metodología

Diseño del estudio

Investigación cuantitativa y descriptiva correlacional.

Área de estudio

La investigación fue desarrollada en una institución privada de la ciudad de Lima, que brinda atención continua a personas de diferentes etapas de vida en servicios de consulta externa, servicios de hospitalización clínico-quirúrgica general y especializada, Emergencia y la Unidad de Cuidados Intensivos. El personal

profesional y técnico de enfermería labora en turnos rotativos de 12 horas y está liderado por una Jefa de Departamento.

Población de estudio

Estuvo conformada por 45 profesionales de enfermería asistenciales que brindan cuidado a los pacientes en los servicios de hospitalización de una Clínica privada de la ciudad de Lima, teniendo en cuenta los criterios que se mencionan a continuación:

•De inclusión:

Experiencia profesional mayor de un año.

Mujeres y varones.

Aceptación voluntaria de las enfermeras (os) para participar en la investigación con la firma del consentimiento informado.

•De exclusión:

Profesionales de enfermería pasantes en los servicios.

VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Indicadores
Factores de los enfermeras (os) y de la Clínica	Características cualitativas inherentes a las personas que laboran en una institución de salud y pueden relacionarse con el cuidado que las enfermeras (os) brindan al paciente.	Personales	Características cualitativas de tipo demográfico y social que definen a los profesionales de enfermería, que brindan cuidado a los pacientes hospitalizados en una Clínica de Lima	<ul style="list-style-type: none"> - Sexo - Edad - Estado civil - Años de experiencia - Nivel de estudios - Motivación personal - Satisfacción personal - Relaciones interpersonales con el paciente. - Trabajo en otra(s) institución

		Institucionales	Características cualitativas de una Clínica de Lima que favorecen o desfavorecen el cuidado humano de ayuda— confianza de los profesionales de enfermería a los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> - Infraestructura - Condición laboral. - Carga laboral. - Grado de dependencia de pacientes. - Distribución del personal según turno. - Reconocimiento del desempeño. - Facilidades para la capacitación continua.
--	--	-----------------	---	--

Cuidado humano de ayuda-confianza	Relación transpersonal enfermera-paciente durante el cuidado, establecida en el cuarto factor Caritas de la Teoría de Jean Watson.	Coherencia	Relación real, genuina y auténtica entre la enfermera/o y el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación honesta y sincera. - Confrontación de comport. del paciente. - Disposición para responder al paciente.
		Empatía	Relación que permite a las enfermera/o comprender las percepciones y sensaciones del paciente y comunicarle aquellas comprensiones.	<ul style="list-style-type: none"> - Actitud de escucha - Actitud de comprensión
		Acogida no posesiva	Relación en la que la enfermera/o manifiesta un volumen moderado del habla,	<ul style="list-style-type: none"> - Lenguaje verbal - Lenguaje corporal

			una postura relajada y abierta y sus expresiones faciales son coherentes con lo que comunica al paciente.	
		Comunicación eficaz	Contenido verbal y corporal verbales adecuadas de la enfermera/o durante la comunicación con el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> - Claridad en las respuestas cognitivas. - Componentes afectuosos. - Conductas coherentes con el mensaje.

HIPÓTESIS:

Hipótesis de investigación (Hi):

Hay una correlación significativa entre los factores personales de los profesionales de enfermería y los factores institucionales que intervienen en el cuidado humano de ayuda-confianza enfermera-paciente.

Hipótesis nula (Ho):

No hay una correlación significativa entre los factores personales de los profesionales de enfermería y los factores institucionales que intervienen en el cuidado humano de ayuda-confianza enfermera-paciente.

Técnicas de recolección de datos

Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado de auto-administración y una guía de observación.

Los instrumentos a ser aplicados fueron elegidos a partir de la tesis titulada Factor personal e institucional en el desarrollo del “cuidado humano de ayuda – confianza” presentada por la Mg. Sebastián Llancari Carolina.; siendo validados para su aplicación (Anexo 1).

El nivel de confiabilidad del cuestionario se realizó a través del Alfa de Cronbach y un análisis factorial exploratorio, obteniéndose un valor en el grupo con menor de 15 años de experiencia $\alpha=0.8846$ y en el grupo mayor de 15 años un $\alpha=0.8775^9$.

El contenido del cuestionario que fue auto administrado estuvo sustentado en la

Teoría del Cuidado Humano postulada por Jean Watson, tomando en cuenta el cuarto factor “desarrollo de una relación de cuidado humano de ayuda-confianza enfermera-paciente y fue estructurado con una introducción y 2 partes; la primera presenta 8 ítems de respuesta abierta y cerrada (Siempre: 2 pts, A veces: 1pto. y Nunca: 0 pts.) sobre los factores personales de los profesionales de enfermería y la segunda con 8 ítems de respuesta cerrada (Siempre: 2 pts, A veces: 1pto. y Nunca: 0 pts.) sobre los factores institucionales que intervienen en el cuidado humano de ayuda-confianza. A cada una de las partes le correspondió un puntaje total de 16 puntos (Anexo 1).

Guía de Observación

Incluye introducción y un contenido con 24 ítems sobre el cuarto factor de cuidado humano de ayuda-confianza de la teoría de Jean Watson, divididos en 4 dimensiones: coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz. (Siempre: 2 pts., A veces: 1 pto. y Nunca: 0 puntos). La suma de cada dimensión es 12, dando un total final de 48 puntos de las 4 dimensiones del instrumento (Anexo 2).

Los instrumentos fueron aplicados durante los meses de noviembre 2017 a enero 2018, previa autorización de la Dirección de la Clínica y del consentimiento informado de los profesionales de enfermería (Anexo 3).

Se coordinó con las enfermeras participantes en el estudio, haciéndoles mención de la necesidad de contar con su participación voluntaria y la firma del consentimiento informado.

Se aplicó el cuestionario en una oficina del servicio de hospitalización, en un tiempo aproximado de 20 minutos.

Posteriormente de acuerdo a los turnos de las enfermeras; la investigadora asistió al servicio de hospitalización y observa a cada una de las profesionales evaluando cada uno de los ítems: coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz; en tres oportunidades durante los turnos rotativos de 6 horas entre los meses de noviembre 2017 y enero 2018, según cronograma establecida

Se procesaron las guías de observación y se sacó un promedio (ver anexo N° 4)

Consideraciones éticas

En este estudio se ha considerado los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia, y justicia.

Autonomía: A los profesionales de enfermería se les hizo conocer los objetivos y procedimientos de la investigación, luego se les solicitó su firma en el consentimiento informado si tenían a bien participar en el estudio. También se les manifestó que los datos solamente serán utilizados con fines de la investigación.

Beneficencia: Se realizó un conversatorio sobre estrategias para mejorar el desarrollo del cuidado humano de ayuda-confianza enfermera/o-paciente.

No maleficencia: Los datos fueron recolectados en ambientes libre de riesgo físico y emocional de los profesionales de enfermería de una Clínica de Lima.

Justicia: Se respetó la dignidad humana de los participantes y la equidad durante la investigación.

ANÁLISIS DE DATOS

Los datos se ingresaron en el paquete Estadístico Epi Info. A continuación, se codificaron numéricamente, de acuerdo a las respuestas obtenidas en cada variable. Luego se continuó con la clasificación de los datos, considerando el tipo de variable y las escalas de medición respectivas.

Se procedió con el análisis univariado, en donde las variables fueron descritas individualmente, a través de número y porcentaje.

Posteriormente se realizó el análisis descriptivo bivalente y análisis inferencial, en tablas de contingencia se procedió a calcular las frecuencias absolutas y relativas y a buscar la relación entre las variables con las pruebas Chi Cuadrado y la prueba Rho de Spearman; se consideraron estadísticamente significativos aquellos valores de $p < 0,05$.

Chi Cuadrado es un test es para relacionar las variables cualitativas medidas en escala nominal.

Rho de Spearman es un Coeficiente usado para relacionar dos variables ordinales

RESULTADOS

Tabla 1. Factores personales que intervienen en el Cuidado humano ayuda-confianza que brindan los profesionales de enfermería en los servicios de hospitalización en una clínica de Lima Nov 2017-Enero 2018
(n=45)

Factores personales	Frecuencia	Porcentaje
Edad (rangos)		
23 a 28 años	22	48,9
29 a 38 años	18	40,0
39 a 59 años	5	11,1
Estado civil		
Soltero (a)	37	82,2
Casado (a) y conviviente	8	17,8
Sexo		
Masculino	3	6,7
Femenino	42	93,3
Años de experiencia laboral		
1 a 2 años	23	51,1
3 a 4 años	14	31,1
5 a más	8	17,8
Nivel de estudios		
Licenciatura	28	62,2

Especialidad	16	35,6
Maestría	1	2,2
<hr/>		
Trabajo en otras instituciones laboral		
<hr/>		
No	33	73,3
Sí	12	26,7
<hr/>		
Motivación de su Jefa		
<hr/>		
Nunca	1	2,2
A veces	5	11,1
Siempre	39	86,7
<hr/>		
Satisfacción personal		
<hr/>		
Nunca	0	0,0
A veces	9	20,0
Siempre	36	80,0
<hr/>		
Relaciones interpersonales con sus pacientes		
<hr/>		
Nunca	0	0,0
A veces	5	11,1
Siempre	40	88,9
<hr/>		
Total	45	100,0
<hr/>		

La tabla 1 muestra los factores personales los profesionales de enfermería; presentando que un 48,9% presenta un rango de edad de 23 a 28 años, 82.2% de estado civil solteros, 93.3% de sexo femenino, 51.1% tienen 1-2 años de experiencia laboral. Con respecto al nivel de estudios, 62.2% de profesionales de enfermería

cuenta con Licenciatura y 35,6% con Especialidad y solo el 2.2% cuenta con Maestría. El 26,7% manifestó trabajar en otras instituciones, 86,7% siempre recibieron motivación de su jefa, 80% señaló satisfacción personal y el 88,9% siempre entabla relaciones interpersonales con sus pacientes.

Tabla 2. Factores institucionales que intervienen en el Cuidado humano ayuda-confianza que brindan los profesionales de enfermería en los servicios de hospitalización en una clínica de Lima Nov 2017-Enero 2018

(n=45)

Factores institucionales	Frecuencia	Porcentaje
Infraestructura física		
Nunca	3	6,7
A veces	35	77,8
Siempre	7	15,6
Condición laboral		
Nunca	6	13,3
A veces	24	53,3
Siempre	15	33,3
Carga laboral		
Nunca	15	33,3
A veces	23	51,1
Siempre	7	15,6
Nº adecuado de pacientes asignados		
Nunca	0	0,0
A veces	26	57,8
Siempre	19	42,2
Grado de dependencia de pacientes que demandan de una continua relación enf-paciente		
Nunca	0	0,0

A veces	13	28,9
Siempre	32	71,1
<hr/>		
Distribución del personal según demanda de pacientes		
<hr/>		
Nunca	0	0,0
A veces	23	51,1
Siempre	22	48,9
<hr/>		
Reconocimiento del desempeño		
<hr/>		
Nunca	5	11,1
A veces	31	68,9
Siempre	9	20,0
<hr/>		
Facilidades brindadas para capacitación		
continua		
<hr/>		
Nunca	4	8,9
A veces	23	51,1
Siempre	18	40,0
<hr/>		
Total	45	100,0
<hr/>		

La tabla 2 presenta los factores institucionales referidos por los profesionales de enfermería; mostrando que el grado de dependencia de los pacientes siempre demanda una continua relación enfermera/paciente/familia en un 71.1 %. Todos los demás factores presentan la categoría a veces: 77,8% infraestructura física, 53,3% condición laboral, 51.1% carga laboral, 57,8% número adecuado de pacientes

asignados, 51,1% distribución del personal, 68,9% reconocimiento del desempeño y 51,1% el factor facilidades brindadas para capacitación continua.

Tabla 3. Factores personales y cuidado humano de ayuda-confianza que brindan los profesionales de enfermería en los servicios de hospitalización en una clínica de Lima Nov 2017-Enero 2018

(n=45)

Edad	Cuidado humano de ayuda - confianza						Total		Valor p
	Regular		Bueno		Excelente		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
23 a 28 años	12	54,5	10	45,5	0	0	22	100	Rho=0,674 p = 0,000*
29 a 38 años	2	11,1	12	66,7	4	22,2	18	100	
39 a 59 años	0	0	0	0	5	100	5	100	
Sexo									
Femenino	11	26,2	22	52,4	9	21,4	42	100	p=0,028**
Masculino	3	100	0	0	0	0	3	100	
Estado civil									
Soltero	14	37,8	19	51,4	4	10,8	37	100	p=0,002**
Casado/conviviente	0	0	3	37,5	5	62,5	8	100	
Años de experiencia laboral									
1 a 2 años	13	56,5	10	43,5	0	0	23	100	Rho=0,762 p = 0,000*
3 a 4 años	1	7,7	12	85,7	1	7,7	14	100	
5 a más	0	0	0	0	8	100	8	100	
Nivel de estudios									
Licenciatura	11	39,3	14	50,0	3	10,7	28	100	Rho=0,330 p = 0,027*
Especialidad	3	18,8	8	50,0	5	31,3	16	100	
Maestría	0	0	0	0	1	100	1	100	

Trabajo en otras instituciones									
No	10	30,3	18	54,5	5	15,2	33	100	
Si	4	33,3	4	33,3	4	33,3	12	100	p = 0,318
Recibir motivación de la Jefa									
Nunca	0	0	1	100	0	0	1	100	
A veces	2	40	2	10	1	20	5	100	Rho=0,028
Siempre	12	30,8	19	48,7	8	20,5	39	100	p = 0,857
Satisfacción personal									
Nunca	0	0	0	0	0	0	0	0	
A veces	4	44,4	5	55,6	0	0	9	100	Rho=0,230
Siempre	10	27,8	17	47,2	9	25	36	100	p = 0,128
Relaciones interpersonales									
Nunca	0	0	0	0	0	0	0	0	
A veces	2	40	3	60	0	0	5	100	Rho=0,139
Siempre	12	30	19	47,5	9	22,5	40	100	p = 0,362
Total	14	31,1	22	48,9	9	20	45	100%	

* Correlación de Spearman.

p<0,05

** Chi Cuadrado. p<0,05

En la tabla 3 los resultados muestran que la edad, el sexo, estado civil, años de experiencia laboral, nivel de estudio; según el valor Rho Spearman se puede afirmar que existe evidencia de correlación directa y significativa entre las variables mencionadas: = 0,674(p=0,000), 0,762 (p=0,000) y 0,330 (p=0,027),

respectivamente.

Por otro lado también se aprecia que los profesionales de enfermería casados/convivientes tienen mejores porcentajes asociados a los niveles de cuidado humano bueno y excelente con 37,8% y 62,5%; el valor de la prueba Chi Cuadrado fue estadísticamente significativo ($p=0,002$) por lo que se puede afirmar que existe evidencia de asociación entre las variables.

Tabla 4. Factores institucionales y cuidado humano de ayuda-confianza que brindan los profesionales de enfermería en los servicios de hospitalización en una clínica de Lima Nov 2017-Enero 2018
(n=45)

Factores institucionales	Cuidado humano de ayuda - confianza						Total		Valor p
	Regular		Bueno		Excelente				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Infraestructura física									
Nunca	1	33,3	1	33,3	1	33	3	100	Rho=-0,031 p = 0,839
A veces	11	31,4	17	48,6	7	20	35	100	
Siempre	2	28,6	4	57,1	1	14,3	7	100	
Condición laboral									
Nunca	1	16,7	3	50	2	33,3	6	100	Rho=-0,030 p = 0,847
A veces	9	37,5	11	45,8	4	16,7	24	100	
Siempre	4	26,7	8	53,3	3	20	15	100	
Carga laboral									
Nunca	4	26,7	7	46,7	4	26,7	15	100	Rho=-0,047 p = 0,760
A veces	9	39,1	10	43,5	4	17,4	23	100	
Siempre	1	14,3	5	71,4	1	14,3	7	100	
N° adecuado de pacientes asignados									
Nunca	0	0	0	0	0	0	0	100	Rho=0,190 p = 0,211
A veces	9	34,6	14	53,8	3	11,5	26	100	
Siempre	5	26,3	8	42,1	6	31,6	19	100	

Grado de dependencia de pacientes que demandan de continua relación enf-paciente										
Nunca	0	0	0	0	0	0	0	0	100	Rho=0,045 p = 0,768
A veces	5	38,5	5	38,5	3	23,1	13	100		
Siempre	9	28,1	17	53,1	6	18,8	32	100		
Distribución del personal según demanda de pacientes										
Nunca	0	0	0	0	0	0	0	0	100	Rho=0,216 p = 0,154
A veces	9	39,1	11	47,8	3	13	23	100		
Siempre	5	22,7	11	50	6	27,3	22	100		
Reconocimiento del desempeño										
Nunca	2	40	2	40	1	20	5	100		Rho=-0,031 p = 0,840
A veces	9	29	15	48,4	7	22,6	31	100		
Siempre	3	33,3	5	55,6	1	11,1	9	100		
Facilidades brindadas para capacitación continua										
Nunca	4	100	0	0	0	0	4	100		Rho=0,36 p = 0,013*
A veces	8	34,8	10	43,5	5	21,7	23	100	7	
Siempre	2	11,1	12	66,7	4	22,2	18	100		
Total	14	31,1	22	48,9	9	20	45	100%		

* Correlación de Spearman.
p<0,05

En la tabla 4 se aprecia que el factor institucional “facilidades brindadas por la institución para la capacitación continua de las enfermeras (os) presenta correlación significativa y directa con el cuidado humano de ayuda – confianza que brindan los profesionales de enfermería, según el valor Rho Spearman=0,367 (p=0,013).

Tabla 5. Cuidado humano ayuda confianza de los profesionales de enfermería de una Clínica Lima Nov 2017-Enero 2018

(n=45)

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Cuidado humano ayuda confianza		
Regular	14	31,1
Bueno	22	48,9
Excelente	9	20,0
Dimensión coherencia		
Regular	3	6,7
Bueno	28	62,2
Excelente	14	31,1
Dimensión empatía		
Regular	5	11,1
Bueno	33	73,3
Excelente	7	15,6
Dimensión acogida no posesiva		
Regular	7	15,6
Bueno	32	71,1
Excelente	6	13,3
Dimensión comunicación eficaz		
Regular	5	11,1
Bueno	25	55,6
Excelente	15	33,3
Total	45	100,0%

En la tabla 5 presentamos las frecuencias absolutas y relativas de la variable cuidado humano ayuda confianza y sus dimensiones de la muestra, con relación al cuidado humano ayuda confianza, el rango más frecuente fue 48,9% para el nivel bueno. La dimensión coherencia fue 62,2% para el nivel bueno, la dimensión empatía fue 73.3% para el nivel bueno, la dimensión acogida no posesiva fue 71.1% para el nivel bueno y la dimensión comunicación eficaz fue 55.6% para el nivel bueno.

DISCUSIÓN

Con respecto a los factores personales de los profesionales de enfermería los resultados mostraron un 48,9% presenta un rango de edad de 23 a 28 años, 82.2% de estado civil solteros, 93.3% de sexo femenino, 51.1% tienen 1-2 años de experiencia laboral. Con respecto al nivel de estudios, 62% de profesionales de enfermería cuenta con Licenciatura y 35,6% con Especialidad y solo el 2.2% cuenta con Maestría. El 26,7% manifestó trabajar en otras instituciones, 86,7% siempre recibieron motivación de su jefa, 80% señaló satisfacción personal y el 88,9% siempre entabla relaciones interpersonales con sus pacientes. (Tabla 1).

El rango de edad se asemeja con los encontrados en el estudio de Barbero López V.⁷, quién trabajó con enfermeros que prioritariamente tuvieron 25 a 40 años y discrepantes con los de Sebastián C.⁹ cuyos participantes profesionales tuvieron mayoritariamente 44 a 63 años. El factor sexo tuvo coincidencia con los dos autores mencionados. Los resultados de los años de experiencia laboral son discrepantes con los autores anteriores, es así que Barbero⁷ mostró que el 66.7% de la población de estudio tuvo de 11-20 años y la de Sebastián⁹ presentó predominantemente de 3 a 15 años.

De acuerdo a los resultados se puede presumir que las profesionales de Enfermería de la Clínica que constituyó el área de estudio son personas en etapa de adultez joven con escaso tiempo de experiencia laboral que están empezando a acumular años de experiencia en el cuidado del paciente hospitalizado mejorando la

aplicación de sus competencias que posiblemente influirán en el cuidado humano de ayuda-confianza. La predominancia de profesionales de sexo femenino es característico de la profesión, y siendo aún jóvenes el estado civil con predominio de solteras también caracteriza a la población actual quien da importancia a su desarrollo profesional.

En lo que se refiere al nivel de estudios, más de la mitad de enfermeras/os) cuenta con Licenciatura, 35.6% con Segunda Especialidad y sólo 2.2% tienen Maestría, datos diferentes con Barbero⁷ que encontró que el 9.4% de las enfermeras participantes tuvieron postgrado y Sebastián⁹ el 57.14% de enfermeras encuestadas con el mismo nivel de estudios académicos.

Estas diferencias podrían estar referidas a la exigencia no solo de carácter personal sino de la demanda que se establece en la regulación de la práctica profesional en salud en la actualidad influenciada por una serie de factores entre los que se destacan la reforma sectorial, el entorno internacional (globalización, integración, migración de profesionales), las transformaciones en las modalidades de atención y el fortalecimiento de los individuos en el ejercicio de sus derechos en salud. Las políticas regionales y nacionales de orientación de la atención de salud hacia el desarrollo de sistemas basados en APS, han generado la necesidad de revisar la normativa sobre el ejercicio profesional con el fin de asegurar la calidad y la ética en la toma de decisiones que afectan a los usuarios.

El entorno internacional influye la práctica de los profesionales de salud al crear la necesidad de homologar títulos, facilitar el movimiento de profesionales y también en este caso, fortalecer las garantías de calidad de las prestaciones. Las transformaciones en las modalidades de atención llevan a la regulación de nuevas prácticas en la atención de la salud así, como a regular las nuevas profesiones de salud, y a revisar los estatutos de las profesiones tradicionales

En relación al resultado sobre laborar en otras instituciones, con un resultado de un tercio de ellas; esta modalidad lo manejan la mayoría de profesionales de enfermería en consideración de que sus tiempos de descanso favorecen incluirse en esos días en otra actividad laboral y permite obtener una remuneración que se suma a su calidad de vida.

En la respuesta de que una gran mayoría recibió motivación de su jefa en un 86% está directamente asociado con la satisfacción personal 80%; es posible que el contar con una jefatura que reconozca a su personal contribuya a mantener un ambiente saludable y proactivo.

Los resultados coincidentes con los de Sebastián⁹ en enfermeras de un hospital EsSalud Perú y también con los de Moraes de Sabino L., Rabelo Magalhães D et.al.³ en Brasil, quienes señalaron que las enfermeras están satisfechas en su ambiente laboral son capaces de promover la salud de los pacientes estableciendo con ellos un vínculo interpersonal; también estos resultados coinciden con los de Puch-Ku et.al.⁴; y con los de Granados Y.⁸, quienes especificaron que las enfermeras

establecieron relaciones interpersonales de calidad durante el cuidado diario humano de ayuda-confianza. La motivación de la jefa de servicio y la satisfacción personal son factores que estarían contribuyendo a estímulos generadores del proceso de cuidado humano ayuda-confianza al paciente de la clínica que mejoren la calidez y calidad del cuidado.

En relación a la relación continua enfermera/paciente/familia se encontró en la categoría siempre fue de 88.9%, resultado que difiere a los obtenidos por Ladman et.al.⁵ quien encontró que los pacientes señalaron mayor insatisfacción con la relación establecida con las enfermeras, sobre todo con la relación no verbal.

La comunicación no verbal o lenguaje corporal incluye el aspecto físico, la distancia física entre el cuidador y el paciente, el tono de voz y expresiones faciales. La descripción de los mensajes no verbales es una valiosa prestación de cuidados porque el lenguaje corporal suele ser un indicador más fiable de la condición de un paciente que sus respuestas verbales.

Castañeda⁶ considera a la relación enfermera-paciente como herramienta sustentada en los planteamientos teóricos de Watson permite brindar un cuidado trascendente que deje huellas profundas transpersonales en pacientes hospitalizados. El centro del quehacer de la enfermera (o) es generador de cuidados a través de la relación comunicacional que rescata la relación persona a persona a través de un acercamiento, apego y acompañamiento de intervenciones de enfermería que produzcan efectos que favorezcan la salud, el bienestar y la calidad

de vida del paciente^{1, 2, 23,24}, fomentando una relación positiva de ayuda confianza entre la enfermera y el paciente en los servicios de hospitalización de la Clínica.

La relación interpersonal continua establecida por los profesionales de enfermería con los pacientes de la Clínica unida a los otros factores personales ya mencionados estarían constituyéndose en elementos contextuales de un cuidado integral sustentado cotidianamente en el cuarto factor de la relación de ayuda –confianza de J. Watson y caracterizado por empatía, estado de ánimo armónico, escucha activa, buen trato y visión holística.

Considerando los factores institucionales referidos por los profesionales de enfermería; se encontró que en relación al grado de dependencia de los pacientes un 71.1% siempre demanda una continua relación enfermera/paciente/familia. Todos los demás factores presentan la categoría a veces: 77,8% infraestructura física, 53,3% condición laboral, 51.1% carga laboral, 57,8% número adecuado de pacientes asignados, 51,1% distribución del personal, 68,9% reconocimiento del desempeño y 51,1% el factor facilidades brindadas para capacitación continua. (Tabla2)

Estos resultados son semejantes a la investigación de Granados⁸ y diferentes con la de Espinoza et.al.¹¹, quien mostró que el 44% de pacientes percibieron una relación que algunas veces apoyaba su cuidado integral. El centro del quehacer de la enfermera (o) es generador de cuidados a través de la relación comunicacional rescatando la interacción enfermera- persona- familia y comunidad cálida,

empática, honesta y humana^{2, 12, 24}.

Estos resultados obtenidos en la investigación estarían evidenciando que los profesionales de enfermería reconocen la necesidad que presenta el paciente dada su condición cuando está hospitalizado; dado que atraviesa por diferentes sufrimientos de sus dimensiones y que por lo tanto requiere de una persona profesionalmente competente que se pone en su lugar de manera terapéutica y aplica valores que favorecen la práctica de una relación de ayuda-confianza que propicia en él un confort integral que lo lleve a la pronta recuperación o a la adaptación de sus potencialidades frente a una enfermedad aguda, crónica, o inclusive le ayude en su proceso de muerte.

En el caso de la infraestructura física, condición laboral, carga laboral, número adecuado de pacientes asignados, distribución del personal, reconocimiento del desempeño y el factor facilidades brindadas para capacitación continua (tabla 2) fueron calificados en su mayoría con la escala de “a veces”. Información discrepante con la del estudio de Sebastián⁹ puesto que la gran mayoría de enfermeras de un hospital de EsSalud Perú señalaron la escala de “siempre” a la capacitación y al reconocimiento laboral como factores institucionales que favorecieron su relación ayuda-confianza con los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina.

Los gestores consideran a los factores institucionales como diversos elementos que trascurren dentro del proceso de gestión de una organización y que de alguna u otra

manera repercuten en el desempeño de los trabajadores pueden desencadenar con el paso del tiempo situaciones que reflejen conductas y actitudes inadecuadas en los trabajadores^{24, 22}

Considerando que los resultados mencionan que los factores institucionales afectan en los factores personales en forma negativa, estos tiene probablemente una implicancia en la calidad de relación de ayuda-confianza de las enfermeras (os) con los pacientes hospitalizados durante el desarrollo del cuidado asistencial, y que a su vez, a medida que transcurre el tiempo de estancia laboral podría también dar lugar a la insatisfacción del cliente externo para brindar un cuidado holístico y humano a las personas hospitalizadas en los diferentes servicios de hospitalización según grados de dependencia y permeancia hospitalaria.

En relación a los factores personales e institucionales y “Cuidado humano de ayuda-confianza” brindado por los profesionales de enfermería, el análisis estadístico (Rho Serman), muestra que existe una correlación directa y significativa entre los factores edad, años de experiencia y nivel de estudio; presentando que de acuerdo a los incrementos de las edades (0.674), años de experiencia laboral (0.762) y nivel de estudio (0.330), también se incrementan los cuidados humanos de ayuda – confianza (tabla 3).

A su vez, se aprecia también que los profesionales de enfermería casados/convivientes tienen mejores porcentajes asociados a los niveles de cuidado humano bueno y excelente con 37,8% y 62,5%; el valor de la prueba Chi Cuadrado

fue estadísticamente significativo ($p=0,002$)(tabla 3) .

Esta situación refleja que los factores personales estarían repercutiendo positivamente en el desarrollo del cuarto factor de ayuda-confianza del cuidado caracterizado por Jean Watson. El cuidado humano tiene cada vez más énfasis en la calidad de los servicios sanitarios, perspectiva que cobra énfasis, no sólo para la práctica clínica sino también en la educación de todos los niveles de estudios en Enfermería a nivel mundial^{2, 1314,15}.

Los factores personales como componentes inherentes a las enfermeras (os) de la Clínica están contribuyendo a la prestación de un cuidado con una relación de ayuda-confianza a los pacientes hospitalizados que marque la diferencia de la trayectoria de calidad del cuidado con otras organizaciones y poder afrontar con conocimientos, habilidades, afectividad, respeto y capacidad de respuesta a las necesidades que requieren los usuarios. Durante el transcurrir de los años de vida, la experiencia y el mayor nivel de estudio de los profesionales de la Clínica contribuirán a consolidar la práctica adecuada e imprescindible del cuidado humanizado.

Al aplicar en el análisis estadístico a los resultados sobre los factores institucionales se encontró solamente que las facilidades brindadas por la Clínica para capacitación continua presentan correlación significativa y directa con el cuidado humano de ayuda - confianza que brindan los profesionales de enfermería, según el valor Rho Spearman=0,367 ($p=0,013$) (tabla 4).

La capacitación permite incrementar y perfeccionar gradualmente las competencias

de las enfermeras demandadas por la misión y los objetivos institucionales, previene la ambigüedad y conflicto del rol, contribuyendo a una adecuada gestión del trabajo individual y en equipo; las facilidades de capacitación institucionales establecen implicancias individuales y colectivas en las enfermeras que se pueden corresponder con presentes y futuros indicadores de calidad del cuidado humano de ayuda-confianza^{9,14,16,22,24}. El reconocimiento del desempeño refuerza la autoestima y el autoconcepto del trabajador lo que determina el ejercicio de conductas válidas personales e influencias positivas para establecer una red adecuada de reconocimiento a los demás miembros de la organización con carácter equitativo^{1, 16, 20, 21,22}.

Por las respuestas mayoritarias de las enfermeras (os) de la Clínica se puede señalar que la institución estaría dejando de lado la puesta en marcha de adecuados mecanismos que favorezcan el desempeño profesional a través de la aplicación del cuidado humano de ayuda-confianza enfermera-paciente e interferir en el resignificado que actualmente se viene realizando del cuidado enfermero dentro de un marco institucional que brinde a sus clientes externos desarrollo personal, que pueda satisfacer sus demandas de condiciones laborales y desencadenar la satisfacción del desempeño para su contribución espontánea, humana, ética, afectiva y equitativa a los pacientes en todos los momentos requeridos para su cuidado desde el nacimiento hasta la muerte digna.

El Cuidado humano de ayuda – confianza de los profesionales de enfermería de una clínica de Lima, mostraron que el rango predominante en todas sus dimensiones fue

bueno. (Tabla 05),

La dimensión coherencia representada por un 62.2%, presenta a una enfermera honesta y autentica en la relación transpersonal con el paciente y su familia. Aspecto que posiblemente se encuentra relacionado con el conocimiento de valores, que implica una conducta correcta basada en principios adquiridos desde la familia y su contacto con el entorno social y religioso; asimismo la experiencia profesional que influye en postura autentica, prudente y con una escucha activa en el quehacer cotidiano del cuidado^{1;12}.

La dimensión empatía en un nivel del 73.3% ; lo que sería probablemente explicado a través de las experiencias adquiridas en el diario contacto con las personas, desarrolla una actitud comprensiva, entendiendo al otro en sus sensaciones y el deseo de ayudar.¹² La dimensión la acogida no posesiva del profesional de enfermería fue 71.1% con respecto al cuidado del paciente con un lenguaje verbal y un lenguaje corporal ante la necesidades del paciente consiguiendo la confianza del paciente para favorecer sus cuidados.

La dimensión de la comunicación con un 53.3%, dada la continuidad de interacción enfermera paciente que demanda a que exista espacios que faciliten el nivel de confianza, manifestación de interés, generando un ambiente con componentes afectuosos y conductas coherentes con el mensaje ^{14,15,16}

CONCLUSIONES

1. Los factores personales encontrados muestran una población que se caracteriza por encontrarse en edades de la etapa de adultez joven, en su mayoría de sexo femenino y con título de licenciada y un tercio de ellas con segunda especialidad, trabajan en otras instituciones; una gran mayoría recibieron motivación de su jefa, tenían satisfacción personal y siempre entablaban relaciones interpersonales con sus pacientes.
2. Los factores institucionales muestran que una gran mayoría de pacientes demanda una continua relación enfermera/paciente/familia, en tanto consideran en la categoría a veces aspectos infraestructura física, condición laboral, carga laboral, número adecuado de pacientes asignados, distribución del personal, reconocimiento del desempeño y el factor facilidades brindadas para capacitación continua que se asocian a la relación ayuda - confianza.
3. Existe una correlación significativa, entre los incrementos de las edades, años de experiencia laboral y nivel de estudio, con el cuidado humano de ayuda-confianza que brindan las enfermeras.
4. Existe una correlación significativa entre las facilidades brindadas por la Clínica para capacitación continua y el cuidado humano de ayuda – confianza que brindan los profesionales de enfermería.

RECOMENDACIONES

- Socializar los resultados en las instancias de carácter directivo en especial al de enfermería con la finalidad de propiciar la reflexión de la importancia del cuidado humano de ayuda-confianza entre el equipo de enfermería.
- Elaborar proyectos / programas para mejorar los factores institucionales que están interviniendo en el cuidado humano de ayuda- confianza que brindan las enfermeras y enfermeros, de tal manera que gradualmente se brinde a los recursos humanos mejores elementos de gestión que favorezcan su desempeño laboral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Urra E, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y Enfermería* 2011; XVII (3): 11-22
2. Marriner A, Raile M. *Modelos y Teorías en Enfermería*. 7° ed. Barcelona-España: Elsevier; 2011
3. Moraes de Sabino L, Rabelo MD, Áfio CJ, Lavinias SM, Santos AM.³ Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito. *Aquichan*. 2016; 16(2): 230-239. DOI: 10.5294/aqui.2016.16.2.10 [2 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v16n2/v16n2a10.pdf>
4. Puch-Ku G, Uicab-Pool G, Ruiz-Rodríguez M, Castañeda-Hidalgo H. Dimensiones del cuidado de enfermería y la satisfacción del paciente adulto hospitalizado en Yucatán México. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2016; 24(2):129-36
5. Landman NC, Cruz OM, García GE, Pérez MP, Sandoval BP, Serey BK, Valdés MC. Satisfacción usuaria respecto a competencia de comunicación del profesional de enfermería. *Ciencia y Enfermería XXI* (1): 91-102, 2015 [2 de mayo de 2017]. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v21n1/art_09.pdf
6. Castañeda CR, Orozco MJ, Rincón GP. “Empoderamiento”, una utopía posible para reconstruir la humanización en Unidades de Cuidado Crítico. *Hacia promoci. salud*. 2015; 20(1): 13-34.

7. Barbero V. Atributos del Cuidado humanizado de enfermería en personal asistencial [Tesis para optar Master Oficial en Ciencias de la Enfermería]. Universidad de Almería, Andalucía España; 2013
8. Granados PY. El uso de tecnología y la interacción enfermera – paciente. El punto de vista de las enfermeras [2 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://docplayer.es/7568127-El-uso-de-tecnologia-y-la-interaccion-enfermera-paciente-el-punto-de-vista-de-las-enfermeras-yeimy-yesenia-granados-pemberty.html>
9. Sebastián Ll.C. Factor personal e institucional en el desarrollo del “cuidado humano de ayuda – confianza”, de la teoría de Jean Watson en los enfermeros del servicio de medicina 3ºB del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen [Tesis para obtener el Grado de Magister en Gestión del Cuidado Enfermero]. Universidad Peruana Cayetano Heredia], Lima-Perú; 2013
10. Quiñones Ch.S. Comunicación de la enfermera intensivista en el cuidado de la persona [Tesis para optar el Grado de Magister en Enfermería]. Escuela de Postgrado, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo- Perú; 2012
11. Espinoza L, Huerta K, Pantoja J, Velásquez W, Cubas D, Ramos A desarrollaron el estudio El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital EsSalud Huacho-Perú, Universidad Alas Peruana- Escuela Profesional de Enfermería, filial Huacho; 2010
12. Kozier & Erb. Fundamentos de Enfermería. 9º ed. Madrid-España: PEARSON; 2013. Vol I y II

13. Noreña PA, Cibanal JL, Alcaraz MN. La interacción comunicativa en el cuidado de la salud. Rev Esp Com Sal. 2010; 1 (2): 113 -129. [1 de mayo de 2017].
Disponible en:
http://www.aecs.es/1_2_interaccion%20comunicativa.pdf
14. Povedano JM. Comunicación en Enfermería [1 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://libroslaboratorio.files.wordpress.com/2012/10/comunicacion-en-enfermeria.pdf>
15. Knapp M. La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno. 12º reimpresión. España: Paidós; 2015
16. James J. La Biblia del Lenguaje Corporal. Guía práctica para interpretar los gestos y las expresiones de las personas. España: Paidós; 2010
17. Povedano JM. Habilidades de comunicación del personal sanitario en el cuidado del paciente paliativo. Tesis para obtener el Máster Oficial en Ciencias de la Enfermería, Universidad de Almería –España; 2011-2012. [29 de abril de 2017].
Disponible en:
<file:///F:/tesis%202012%20habi%20de%20comu%20personal%20sanitario%20Povedano.pdf>
18. Ibañez GD. Influencia de los patrones de la comunicación entre el personal sanitario, pacientes y familiares en todo el procedimiento quirúrgico. Tesis Doctoral, Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante-España; 2015. [30 de abril de 2017]. Disponible en: <https://edua.ua.es/es/secretaria/tesis-doctoral/tesis-en-proceso-de-tramitacion/diego-jose-ibanez-gallardo.html>

19. Rubio HA, Nieto AR, Arcos GC. La comunicación no verbal con el anciano y los profesionales sanitarios. *Rev Esp Comun Salud* 2015; 6(2), 197-203. [30 de abril de 2017]. Disponible en: <http://hosting01.uc3m.es/Erevistas/index.php/RECS/article/view/2938/1641>
20. Canovas Tomas M. La relación de ayuda en enfermería. Tesis doctoral, Universidad de Murcia-España; 2008 [22 de abril de 2017]. Disponible en: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/3562/1/CanovasTomas.pdf>
21. De Tejada LM. Variables sociodemográficas según turno escolar, en un grupo de estudiantes de educación básica: un estudio comparativo. *Revista de Pedagogía*, 2012; 33(92). [12 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/659/65926546002.pdf>.
22. Toledo M. Factores que influyen en los cuidados que brinda el personal de enfermería a pacientes oncológicas”; 2008 [29 de abril de 2017]. Disponible en: http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/toledo_marta_liliana.pdf
23. Pajnkilar M, Stiglic G, Vrbnjak D. The concept of Watson. The concept of Watson carative factors in nursing and their (dis) harmony with patient satisfaction. *Journal List Peer*, 2017; 5:e2940. DOI: 10.7717/peerj.2940. [18 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5299993/>
24. Ayala VR, Calvo GM, Torres AM, Koch ET. Evidencias para la filosofía de Watson: versión preliminar del caring behaviors assessment en Chile. *Revista Cubana de Enfermería*. 2010;26(1)42-51. [http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol26_1_10/enf080110.pdf

25. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LP. Metodología de la Investigación.
6° ed. México: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2014.

ANEXOS

ANEXO N° 1

CUESTIONARIO ESTRUCTURADO PARA PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

CÓDIGO: _____

INTRODUCCIÓN:

El instrumento tiene como finalidad identificar los factores personales e institucionales que intervienen en el desarrollo del cuarto factor “Cuidado humano de ayuda – confianza”, de la Teoría de Jean Watson; los resultados que se obtengan contribuirán a fortalecer o mejorar el cuidado enfermero en las Clínicas Maison de Santé.

Debido a ello; solicito su participación voluntaria, primero lea todas las preguntas detenidamente a fin que no deje de contestar ninguna de ellas, luego marque con un aspa o círculo la opción elegida o llenando los espacio en blanco en forma clara y breve si es necesario.

Encontrará Ud. una serie de alternativas para dar su respuesta, como son:

Siempre (S)

A veces (A)

Nunca (N)

De acuerdo a su criterio responderá eligiendo una de las alternativas con la que se sienta Ud. identificado, teniendo en cuenta su experiencia laboral.

Seguro de contar con su colaboración, la información obtenida en el presente documento será anónima y confidencial, para lograr en lo posible la mayor veracidad de sus respuestas y de absoluta reserva.

Se le agradece de antemano su participación.

Observaciones:

Gracias por su colaboración

I PARTE: FACTORES PERSONALES

Fecha de aplicación de la encuesta: _____	Edad: _____	Sexo: _____	Estado Civil: _____	Años de experiencia: _____
Nivel de estudios alcanzado: Pregrado _____ Postgrado _____	Grados y títulos: Grado de Bachiller _____ Licenciatura _____ Maestría _____ Doctorado _____	Trabaja en otra institución de Salud : Si _____ No _____. Especifique Horas: _____		
		SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. Considera Ud. que el recibir motivación por parte de su jefa fortalece su desempeño profesional.				
2. Siente Ud. satisfacción profesional.				
3. Ud. entabla buenas relaciones interpersonales con sus pacientes cuando requieren relación de ayuda-confianza.				

II PARTE: FACTORES INSTITUCIONALES

FACTOR INSTITUCIONAL	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. La infraestructura física (servicio) dificulta la vigilancia continua en la relación de ayuda-confianza enfermera-paciente.			
2. Ud. cree que su condición laboral influye en su desempeño profesional en el servicio.			
3. El laborar más de 150 horas al mes debilita el cuidado enfermera-paciente.			
4. Cree Ud. que el número de pacientes asignados a su cargo (en relación a la			

demanda), garantiza la relación de ayuda confianza Enfermera-paciente.			
5. Considera Ud. que el grado de dependencia de los pacientes, demandan de una continua relación enfermera-paciente y familiares.			
6. Cree Ud. que la distribución del personal de acuerdo a la demanda del cuidado del paciente en el servicio (ambientes), favorece el desarrollo de una relación de ayuda-confianza enfermera-paciente.			
7. Considera Ud. que reconocen su desempeño profesional.			
8. La institución le brinda facilidades para su capacitación continua.			

ANEXO N° 2

GUÍA DE OBSERVACIÓN A PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

CÓDIGO: _____

Introducción:

La presente es una guía de observación de los cuidados realizados por el profesional de enfermería durante sus actividades laborales dirigidas a los pacientes hospitalizados en las Clínicas Maison de Santé , teniendo como objetivo identificar la variable: Desarrollo del cuarto factor “Cuidado humano de ayuda-confianza”, de la teoría de Jean Watson.

Contenido:

COHERENCIA	SI	NO
1. Se comunica y expresa respuestas al paciente en forma honesta y sincera.		
2. Confronta comportamientos inadecuados del paciente sin perder la cordura, serenidad y comprensión.		
3. Cumple con todas sus actividades sin necesidad de ser supervisada.		
4. Muestra discrepancias significativas en su actuar, teniendo un juego de valores para con los pacientes y otro en su vida personal.		
5. Considera que puede equivocarse, escucha, reflexiona, se informa y corrige.		
6.- Se muestra dispuesto a responder, absolver interrogantes de los pacientes.		
TOTAL		

EMPATÍA	SI	NO
1.- Demuestra actitud de escucha y comprensión.		
2.- Brinda el tiempo oportuno para entablar una relación enfermera-paciente.		
3.- Se preocupa del bienestar y de la calidad del cuidado de todos sus pacientes.		
4.- Contribuye a lograr que los pacientes se aprecien, valoren, acepten, descubran cualidades, recursos y las ejerzan para enfrentar su enfermedad.		
5.- Reproduce en los mismos términos el mensaje dado por el paciente.		
6.- Realiza preguntas si no entiende lo que comunica el Paciente.		
TOTAL		

ACOGIDA NO POSESIVA	SI	NO
1.- Guarda relación su lenguaje corporal con su comunicación ante preguntas generadas por los pacientes.		
2.- Muestra contacto visual y de escucha ante las necesidades del paciente.		
3.- Procura comodidad, intimidad, que favorecen la relación individualizada con el paciente.		
4.- Durante el cuidado muestra control, serenidad y habla con voz moderada con los pacientes sin emitir juicios.		
5.- Durante la relación de cuidado no da consejos.		
6.- Pone límites, centra la comunicación evitando un aumento de la ansiedad.		
TOTAL		

COMUNICACIÓN EFICAZ	SI	NO
1.- Se comunica con claridad y precisión con sus pacientes.		
2.- Intercambia efectivamente opiniones con los pacientes en relación a su estado de salud.		
3.- Respeta y comprende los sentimientos del paciente.		
4.- Acepta la manifestación profunda de los sentimientos del paciente (expresiones de alegría, tristeza, preocupación) cuando comunica una idea o mensaje.		
5.- Atiende al lenguaje no verbal del paciente dando respuesta a sus necesidades.		
6.- Transmite al paciente interés en ayudarlo a través de su conducta.		
TOTAL		

ANEXO 4

BAREMACIÓN

ANÁLISIS DE DATOS: ESCALA DE ESTANINOS

Variable: Cuidado Humano ayuda confianza

Escala de Estaninos:

Donde:

$$x = \text{Media} \quad 18.8$$

$$s = \text{Desviación Estándar} \quad 2.3$$

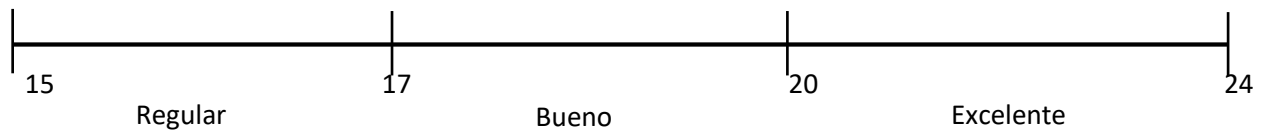
$$\text{min} = \text{Mínimo} \quad 15$$

$$\text{máx} = \text{Máximo} \quad 24$$

Calculando:

$$a = x - 0.75 (s) = 18.8 - 0.75 (2.3) = 17$$

$$b = x + 0.75 (s) = 18.8 + 0.75 (2.3) = 20$$



$$\text{min} - a = \text{Nivel regular}$$

$$a+1 - b = \text{Nivel bueno}$$

$$b+1 - \text{Max} = \text{Nivel excelente}$$

Reemplazando:

$$15 - 17 = \text{Regular}$$

$$18 - 20 = \text{Bueno}$$

$$21 - 24 = \text{Excelente}$$