



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Facultad de Enfermería  
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado



*Tesis:*  
*“Factores de Cuidado en los Profesionales  
de Enfermería”*

Presenta:  
LE. María Paula Hernández Pérez

Director de Tesis:  
MCE. María Concepción Hernández Cruz

Para Obtener el Grado de  
Maestra en Enfermería

Septiembre 2016



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Facultad de Enfermería  
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado



*Tesis*  
*“Factores de Cuidado en los Profesionales  
de Enfermería”*

Presenta:  
LE. María Paula Hernández Pérez

Para Obtener el Grado de  
Maestra en Enfermería

Septiembre 2016

Tesis: Factores de Cuidado en los Profesionales de Enfermería

Número de registro: SIEP/ME/007/2016

**Jurado de Examen de Grado**

---

MCE. María Concepción Hernández Cruz  
Presidente

---

MCE. Ma. Araceli García López  
Secretario

---

MCE: Yara Gracia Verónica  
Vocal

---

DCE. Gudelia Nájera Gutiérrez  
Vocal

---

MCE. María Concepción Hernández Cruz  
Director de Tesis

---

MCE. María de la Luz P. Bonilla Luis  
Directora de la Facultad de Enfermería de la  
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

---

MCE. Graciela Arrijo Morales  
Secretaria de Investigación y de  
Posgrado

Septiembre 2016

## Resumen

María Paula Hernández Pérez  
Benemérita Universidad Autónoma de  
Puebla  
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: septiembre 2016

Título del estudio: Factores de Cuidado en los Profesionales de Enfermería

Número de páginas: 44

Candidata para obtener el grado de  
Maestra en Enfermería

**Introducción:** Los profesionales de enfermería integran el perfil de acción en los servicios de salud, realizando funciones centradas en la atención de las personas, familias y comunidades. Los factores de cuidado guían la práctica diaria de los profesionales de enfermería, además de que realzan la sensación de auto logro, bienestar y permite una mejor percepción del cuidado a los pacientes; aumentando el nivel de las relaciones con los pacientes y por ende mejora la sensación de satisfacción personal y profesional. **Objetivo:** Determinar los factores de cuidado que otorgan los profesionales de enfermería a pacientes en un hospital de tercer nivel de atención y su relación con los datos sociodemográficos (edad, antigüedad laboral, años de escolaridad). **Metodología:** Diseño descriptivo, transversal y correlacional, el muestreo fue por conveniencia no probabilístico. La muestra se calculó a través de la fórmula de población finita dando como resultado 120 profesionales de enfermería se aplicaron los indicadores empíricos, una cedula sociodemográficos y en seguida el instrumento inquiriere la Evaluacion de los Comportamientos de Cuidado Otorgado por la Enfermera. **Resultados:** La edad promedio de los profesionales de enfermería fue de 35.21 años de edad, la antigüedad con un promedio de 7.11 años, el 80% correspondió al sexo femenino, el 71% de los profesionales de enfermería tienen un nivel de licenciatura y el 10% tienen estudios de posgrado. Al realizar la correlación de los factores de cuidado con la edad de los profesionales de enfermería se encontró estadísticamente significativa ( $r = .277, p < .05$ ); en cuanto a la antigüedad laboral existe una relación negativa ( $r = -.030, p > .05$ ) y con respecto a los años de escolaridad de los profesionales de enfermería se observa que no hay relación ( $r = .066, p > .05$ ). **Conclusión:** A partir de los resultados de esta investigación los profesionales de enfermería de un hospital de tercer nivel de atención, son jóvenes y con poca antigüedad laboral; factores que no favorecen al cuidado humanizado, mostrado a través de la falta relación con el paciente y su familiar; las evidencias de este estudio demuestran las necesidades de incluir las afirmaciones de Jean Watson, que señalan que solo a través de las relaciones interpersonales, se puede demostrar y practicar el cuidado humano de manera eficaz.

**Firma del Director de Tesis:**

---

## **Dedicatoria**

A dios por darme vida y salud, permitiéndome concluir un logro más en mi vida, también a mis padres por el apoyo que siempre me han demostrado durante mi formación profesional, a mis hermanas Yolanda y Martha por el apoyo incondicional que me brindaron durante este proceso, pero sobre todo a mi hija Karla por compartir mis angustias, desvelos, ausencias y porque me brindó su apoyo dándome día a día la fortaleza necesaria para seguir adelante; también Jorge te doy las gracias por estar a mi lado durante este tiempo y creer en mí.

Gracias a mis amigas Marisol, Mercedes y Liliana por todo su apoyo incondicional, por estar conmigo desde que iniciamos juntas estos estudios de Maestría y cumplir una meta más para satisfacción personal y por compartir sus emociones, conocimientos, alegrías, tristezas, triunfos; porque cuando desistía me levantaban para salir avante de los problemas que se presentaban. Y gracias a todas mis compañeras y amigas que gané durante este periodo.

## **Agradecimientos**

A la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad de Puebla, por formar profesionales con calidad y apoyo para concluir con mis estudios de Maestría en Enfermería.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (conacyt), por el apoyo económico que me brindo para concluir mis estudios.

Al Maestro Francisco Morales por enseñarme y colaborar en la elaboración de la tesis aportándome sus conocimientos le agradezco infinitamente.

A la maestra María Concepción Hernández por compartirme sus conocimientos, paciencia y tolerancia, pero sobre todo por creer en mí.

También a todos los maestros que contribuyeron en la formación académica durante estos dos años y por confiar en mí.

## Tabla de Contenido

	Página.
<b>Capítulo I</b>	
Introducción	
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Marco Teórico	6
1.3 Estructura Teórico Empírico Conceptual	11
1.4 Estudios Relacionados	12
1.5 Definición Conceptual	17
1.6 Objetivos	
1.6.1 Objetivo general	17
1.6.2 Objetivos específicos	17
<b>Capítulo II</b>	
Metodología	
2.1 Diseño de Estudio	19
2.2 Población	19
2.3 Muestra y Muestreo	19
2.4 Criterios de Selección	19
2.4.1 Criterios de inclusión	19
2.4.2 Criterios de exclusión	20
2.5 Instrumentos de Medición	20
2.5.1 Cédula de datos sociodemográficos y laborales	20

2.5.2 Instrumento de ECCOE	20
2.6 Procedimientos para la Colecta de Datos	21
2.7 Ética del Estudio	22
2.8 Estrategias de Análisis	23
<b>Capítulo III</b>	
Resultados	
3.1 Confiabilidad del Instrumento	25
3.2 Prueba de Normalidad	25
3.3 Características Sociodemográficas y Laborables	26
3.4 Análisis Descriptivo de las Variables	27
3.5 Estadística Inferencial	30
<b>Capítulo IV</b>	
4.1 Discusión	32
4.2 Conclusión	34
4.3 Sugerencias	35
Referencias	36
Apéndices	
1. Cedula de Datos Sociodemográficos y Laborales	40
2. Instrumento de Evaluación de los Comportamientos de Cuidado Otorgado por Enfermería	41
3. Consentimiento Informado	44

## Lista de Figuras

	Pagina
1. Estructura de la Teoría de Cuidado Humanizado de Jean Watson	7
2. Estructura Conceptual Teórico Empírica	11

## Lista de Tablas

	Página
1. Coeficiente Alfa de Cronbach del Instrumento ECCOE	25
2. Prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov del ECCOE	26
3. Descripción de las Características del Profesional de Enfermería	27
4. Subescalas de Factores de Cuidado más Importantes para los Profesionales de Enfermería	28
5. Factores de Cuidado con Menor Puntuación para los Profesionales de Enfermería	29
6. Percepción de los Factores de Cuidado de los Profesionales de Enfermería	30
7. Factores de Cuidado y su Relación con Edad, Antigüedad Laboral, Años de escolaridad	31

# Capítulo I

## Introducción

### 1.1 Planteamiento del Problema

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) menciona que más del 80% del personal institucional de salud, lo conforma el profesional de enfermería, de tal manera que estos profesionales integran el perfil de acción en los servicios, realizando funciones centradas en la atención de las personas, familias y comunidades. Es por eso, en muchos países, enfermería es el líder o actores claves en los equipos de salud multidisciplinarios, además proporcionan una amplia gama de los servicios a todos los niveles del sistema de salud.

Watson (2009), refiere que el cuidado ha sido considerado la esencia y base de la enfermería profesional, comprende aspectos humanos y afectivos que son relativos al compromiso y actitud de los mismos (profesionales de enfermería) para proporcionar los cuidados a los pacientes; así mismo se reconoce al cuidado humano como el objeto de estudio y práctica de la enfermería profesional (Cárdenas, Arana, Monrroy y García, 2010).

Para que el cuidado humano tenga significado, necesita estar basado en un mutuo acuerdo entre enfermeras (os) y pacientes sobre lo que constituyen los factores de cuidado referidos por Watson, (2008); estos deben estar constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad (Murrain, 2009), ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor, existencia, adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto-curación (Watson, 2008).

Sin embargo, los cuidados se han situado en una práctica íntimamente hospitalaria en el actual mundo globalizado y pluricultural; Ramírez y Parra (2011), indican que en los modelos gerenciales y de gestión de las instituciones de salud; es preocupante que cada día se observa mayor distanciamiento entre las (os) enfermeras (os) y las personas a las que otorgan el cuidado; se debe buscar el camino y el acercamiento a las ciencias humanas y sociales que contribuyan al mantenimiento, mejoramiento y recuperación de la salud, para favorecer la comunicación así acompañar, reconfortar y ayudar a expresar los sentimientos de los pacientes (Barbero, 2014).

Es por ello que Watson (2009), refiere que, ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación en el campo de la enfermería.

Posiblemente ante los problemas de deshumanización de los cuidados por parte de enfermería, se tiende a perder su autonomía; donde la negación del otro se ha transformado en una práctica cotidiana y de rutinas, generando así cambios en los comportamientos de cuidados hacia el paciente (Urta, Jana y García, 2011). En la actualidad la práctica hospitalaria de enfermería es el resultado de la dinámica de un sistema de atención institucionalizado, que responde al marco económico y político del país, quedando incluido entre las relaciones de producción, utilización de bienes y servicios; por otro lado, en el campo asistencial, el trabajo de enfermería se ha considerado como “trabajo técnico” y no como quehacer profesional, por lo que las instituciones de salud no han afrontado el cambio en el escenario para una práctica

interprofesional que favorezca el crecimiento de la enfermería en función de los valores que en la actualidad persigue el sector educativo (García, Monroy y Karana, 2012).

Watson (2009), expone que los pacientes requieren unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida; el cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que solo resulta efectivo si se práctica en forma interpersonal, esto contribuye a la sensibilización de los profesionales de enfermería hacia los aspectos más humanos.

Por lo tanto, algunos autores como Omari, AbuAlRub, y Ayasreh, (2013), mencionan que los factores de cuidado guían la práctica diaria de los profesionales de enfermería, además de que realzan la sensación de auto logro, bienestar y permite una mejor percepción del cuidado a los pacientes; sin embargo, los factores de cuidado aumenta el nivel de las relaciones con los pacientes y por ende mejora la sensación de satisfacción personal y profesional, así mismo el amor para cuidar a los pacientes supone beneficio no solo personal sino también social para las enfermeras (os).

Es así que la identificación de conductas y factores de cuidado, son importantes en las áreas hospitalarias para mejorar las experiencias de enfermería y la satisfacción de los pacientes. Además, la percepción que tiene el personal de enfermería actúa como un mundo diferente, porque poseen una sensibilidad interna y externa, además perciben y observan las cosas de manera distinta a la apreciación que tienen los pacientes; ya que las enfermeras(os) acumulan una serie de conocimientos a lo largo de la práctica profesional, mediante la recolección de experiencias y valores, que son determinados en la forma de cómo se desenvuelven o relacionan con el paciente. Por ello es importante tener en cuenta que la percepción del cuidado adopta la influencia de varios factores sociales, personales, históricos y culturales (Ramírez y Parra, 2011).

Hoy en día otro problema que enfrentan el profesional de enfermería es el exceso de importancia que se da a la tecnología; cuanto más tecnologizado sea el cuidado pareciera que es mejor, pero si se analiza el trasfondo que implica realzar la tecnología sobre el ser humano que siente dolor, angustia y ansiedad, no se cubren estas necesidades; sumado a una familia con dudas y miedos, que requiere ser escuchada y educada hacia el cuidado, esto es primordial más que la tecnología (Jesse y Alligood, 2010).

La atención para la salud, es una actividad que concierne a todos los profesionales de salud, el cuidado del profesional de enfermería que como disciplina sanitaria es la que destina más esfuerzos, tiempo y dedicación al cuidado, es transcendental reflexionar y considerar las formas de conducirnos en el trabajo diario; así que, implementar la teoría del cuidado de Watson (2009) que se basa en un conjunto de valores humanistas, como bondad, empatía, amor, preocupación por uno mismo y por los demás, permiten comprender los fundamentos ontológicos del cuidado y sus componentes teóricos, que propician en la disciplina un enfoque de ciencia humana (Barbero, 2014).

En relación al cuidado, Sharon (2010), expone que Watson a través de su teoría convoca a enfermería a ir más allá de los procedimientos y tareas, para lograr que la relación enfermera (o)- paciente se traduzca en un proceso de cuidado transpersonal. Al respecto Watson (2009), muestra que el cuidado transpersonal reconoce la unidad de la vida y las conexiones que se mueven en círculos concéntricos de cuidado-individuo, ya que abarca una conexión espiritual, de corazón a corazón a través de la entera presencia en el momento de que la enfermera proporciona el cuidado con conciencia e intencionalidad amorosa, ya que este momento fortalece la curación del paciente y esto es creado por momentos de cuidado.

Por lo tanto, la teoría de Watson entiende que el dominio de enfermería es la aplicación del cuidado es el mantenimiento o recuperación de la salud, así como el apoyo en el proceso de la vida y en el momento de la muerte. Su teoría guía hacia un compromiso profesional orientado por normas éticas, este compromiso ha de ser un factor motivador esencial en el proceso del cuidado; para una buena atención de las intervenciones de la enfermera debe existir la participación de la enfermera-persona y del paciente-persona y en el conocimiento amplio del comportamiento humano como respuestas, necesidades, fuerzas y límites. Por tal motivo la evolución de la teoría tiende a definir un nuevo paradigma enfermero basada en la filosofía y los diez factores de cuidado además siendo la base de la teoría de Watson (Hills y Watson, 2011).

Por lo mencionado anteriormente es preciso que el profesional de enfermería identifique el valor y la importancia de ejercer y administrar el cuidado con responsabilidad y humanismo; en el sistema de salud, específicamente en el ámbito hospitalario encontramos factores comunes como la falta de no cuidar con humanismo, sobrepoblación de pacientes que demandan hospitalización, diversas actividades burocráticas y sobrevaloración de las actividades biomédicas entre otras; lo que genera insatisfacción del personal de enfermería de las actividades de cuidado que brinda; propiciando que las enfermeras se sientan como un robot, con temor, ajeno a los pacientes y mostrando fatiga laboral. Para conocer con certeza el sentir de los profesionales de enfermería que tienen respecto al cuidado, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores de cuidado de los profesionales de enfermería hacia el paciente hospitalizado, en una institución hospitalaria pública de tercer nivel de atención?

## 1.2 Marco Teórico

Este estudio se realizó bajo el enfoque de la Teoría de Cuidado Humanizado, de Jean Watson la cual se describe a continuación:

En la teoría de Jean Watson, las características fundamentales es el interés en el cuidado centrado en la cultura, los valores, las creencias de las personas, de ahí que se encuentra ubicada en la Escuela del Caring, entendiéndolo como la base de la existencia humana por la preocupación de los otros y de los demás (Abades, 2010).

Watson crea la teoría sobre el cuidado humano, relaciones y las profundas experiencias humanas de la vida; sugiere que el cuidado es una forma diferente de ser humano, presente, atento, consciente y deliberado; la teoría se desarrolla con el objetivo de dar repuestas a las nuevas demandas sociales y de los profesionales de enfermería; expone que la enfermería se centra en ayudar al paciente a lograr un mayor grado de armonía dentro de la mente, cuerpo y alma, esta armonía se logra a través de transacciones de cuidado que implican una relación transpersonal de cuidado; la evolución de su teoría tiende a definir un nuevo paradigma enfermero basada en los diez factores y la transformación a procesos caritas (Watson, 2002).

La estructura teórica de Watson sintetiza, el cuidado humano que se basa principalmente en diez factores de cuidado donde los tres primeros tienen la base filosófica que surgen sus propios valores, creencias y percepciones sobre la personalidad, vida, salud y curación los cuales son: Formación de un sistema humanísticos-altruista; Inculcación de la fe-esperanza; Cultivo de sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás. Los siguientes siete explican la base científica que se derivan de las experiencias empíricas inducidas clínicamente los cuales son:

Desarrollo de una relación de ayuda-confianza; Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos; Uso sistemático del método científico; Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal; Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual; Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas; Permisi6n de fuerzas existenciales-fenomenol6gicas. Adem6s, al ser combinados estos factores de cuidado en la pr6ctica se convierten en intervenciones de enfermer6a que dan como resultado una comunicaci6n eficaz entre la enfermera-paciente basadas en lo cient6fico y humanistas, esto se traduce que los cuidados deben ser dirigidos a la promoci6n del humanismo, de salud y a la calidad de vida del individuo (Figura 1).

Figura 1. Estructura de la Teor6a de Cuidado Humanizado de Jean Watson



Nota: Adaptada por Cara, C. (1988), citado por Abades (2010).

Descripción de los diez factores de cuidado:

1. Formación de un sistema humanístico-altruista de valores, describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermero-paciente.
2. Inculcación de la fe-esperanza, este elemento incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción del cuidado enfermero holístico y del cuidado positivo dentro de la población de pacientes, por lo que describe el papel de la enfermera cuando desarrolla la interrelación entre enfermera-paciente en el momento de promover el bienestar, ayudando al paciente para que adopte las conductas de salud.
3. Cultivo de sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás, quiere decir el reconocimiento de la auto-actualización a través de la auto-aceptación tanto para la enfermera como para el paciente; a medida en que los profesionales de enfermería reconocen su sensibilidad y sus sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.
4. Desarrollo de una relación de ayuda-confianza, esto nos indica que la relación entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal, esta relación se fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos; implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación.
5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos; hace referencia al 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 los sentimientos positivos como negativos y debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.

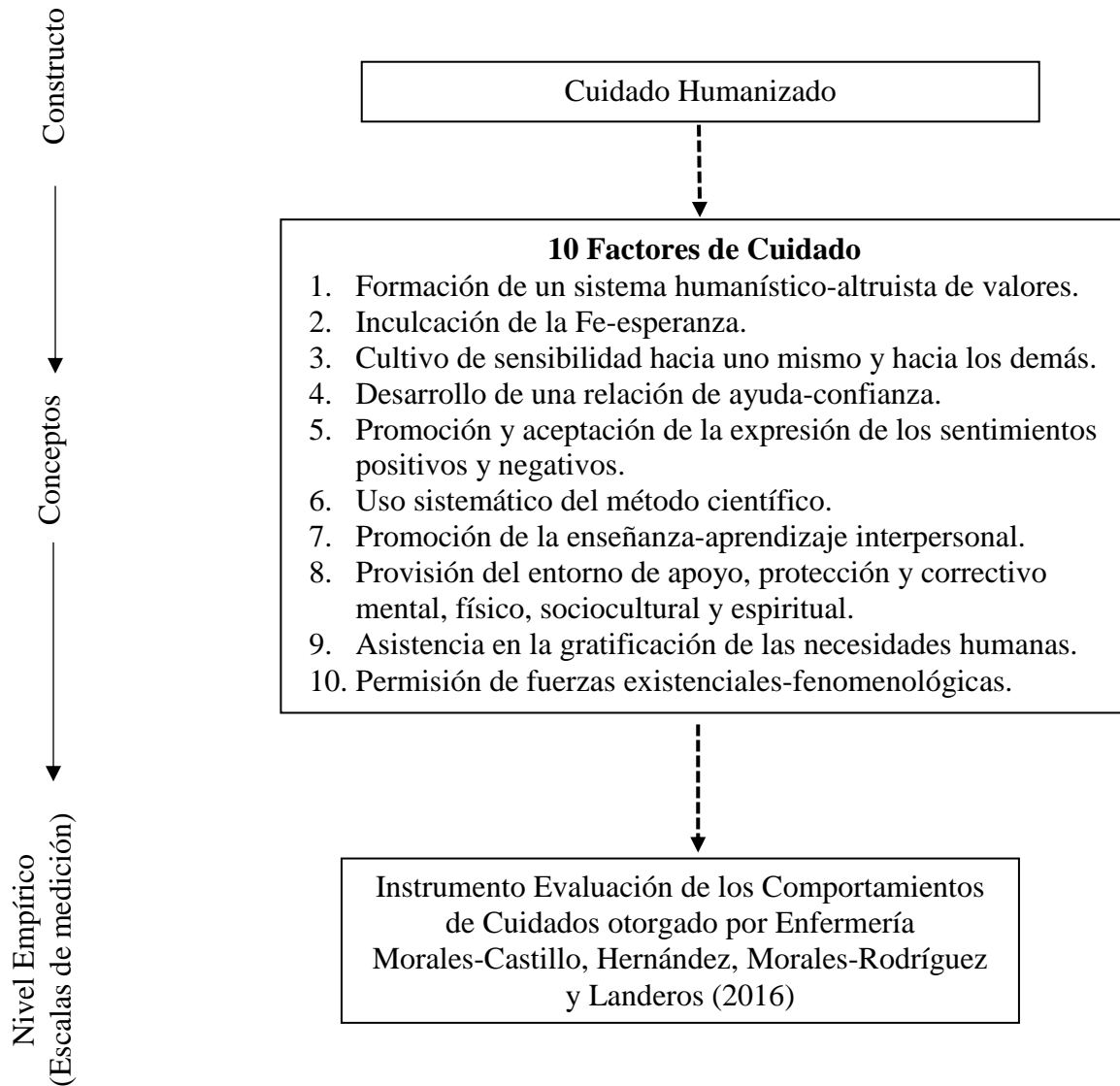
6. Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones, aquí el uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como ayudante de un médico; el proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a la sistematización y a la organización.
7. Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal, este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación; permite que el paciente este informado y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente, la enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza-aprendizaje diseñadas para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer 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 para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, las creencias socioculturales de un individuo; así como las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como la comodidad, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.
9. Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas. La enfermera reconoce sus propias necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales, así como las del paciente; los pacientes tienen que satisfacer las necesidades del menor rango antes de intentar cubrir las de un rango superior; la comida, la eliminación de residuos y la ventilación son algunos de los ejemplos de las necesidades biofísicas de menor 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.

### 1.3 Estructura Teórico-Empírico-Conceptual

Figura 2 Estructura Teórico-Empírico-Conceptual



*Fuente:* Watson (2009).

#### **1.4 Estudios Relacionados**

Barrera (2015), a través de un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal determinó las características del cuidado que brinda la enfermera al adulto mayor en los servicios, con una muestra de 35 estudiantes; los resultados: 74% fue el sexo femenino, 44% están en el grupo de edad entre 23 y 25 años; en relación a la percepción de los estudiantes de enfermería; en la dimensión biológica los estudiantes de enfermería perciben que el 75% de las enfermeras no muestran preocupación por la satisfacción de las necesidades básicas del adulto mayor (movilización, alimentación, higiene y confort); respecto a la dimensión psicoespiritual los estudiantes de enfermería perciben que el 80% de las enfermeras no cumple con la satisfacción del adulto mayor, la cual se caracteriza por no comunicarse adecuadamente con el paciente y en relación a la dimensión socio familiar, perciben que el 66,6% de las enfermeras se caracterizan por no evidenciar relación de ayuda, (no incentivar la comunicación con el entorno ni propiciar la participación de la familia en el cuidado del adulto mayor) . Concluyendo que el cuidado que brinda la enfermera al adulto mayor es fragmentado, lo que indica que no se está considerando el quehacer enfermero en todas sus dimensiones.

Barbero (2014), en un estudio descriptivo-observacional, cuantitativo, correlacional; para determinar los atributos de un cuidado humanizado y su interrelación con las características del personal asistencial, (enfermeros/as y técnicos auxiliares de enfermería), así como la influencia que estos tienen en el ámbito institucional; la muestra estuvo conformada por 98 enfermeros/as (profesionales y técnicos auxiliares de enfermería); los resultados fueron: edad promedio de 39 años de edad con el 64.6% en el grupo de 25 a 40 años; en el 94% predominó el sexo femenino, el 86.4% de los

participantes tenían pareja, el 55.2% vivía en la zona poniente, con relación al servicio el 79.2% pertenecían a la área de hospitalización, el 75% tenía turno rotatorio y el 9% tenía un posgrado. Su hipótesis alternativa fue aceptada ya que si existe relación significativa ( $p = <0.05$ ); al relacionar la edad, el sexo y el grado de estudios con las diferentes variables por ítems, lo cual dio como resultado que los atributos que menos se encontraron en el personal de enfermería fueron los siguientes: 4 (comunica una actitud de ayuda y confianza), 16 (deja tiempo para las necesidades personales y de crecimiento), 17 (se permite tiempo para las necesidades de cuidado) y 20 (cree que otros tienen un potencial que puede lograrse); concluye que hay déficit en la comunicación, en el crecimiento personal y el autocuidado del personal, como uno de los efectos del sistema institucional hospitalario y la influencia que este ejerce en el cuidado humano afectado por los procedimientos biomédicos que realizan en los servicios sanitarios.

León (2014), en un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de determinar la percepción de los estudiantes de enfermería sobre el cuidado humanizado de la enfermera al paciente hospitalizado; la muestra fue de 86 estudiantes de enfermería la edad promedio fue de 37.2 años y el 87.2% del sexo femenino. Las dimensiones favorables fueron las de interacción y científica; parcialmente favorables las necesidades humanas, la dimensión fenomenología fue totalmente desfavorable en todos los ítems. Concluye que el cuidado humanizado brindado no responde en su totalidad a las manifestaciones de aprecio, comprensión, atención y asistencia, mostrando que no se ha logrado desarrollar por completo la interacción interpersonal continua y permanente entre la enfermera y el paciente hospitalizado.

Cortese (2014), el estudio fue descriptivo su objetivo fue describir las percepciones de las enfermeras o sus propios comportamientos de cuidado después de seis meses implementación de una nueva relación de atención centrada en la Práctica Profesional, la muestra se conformó de 538 enfermeras; resultados fueron el 86.1% eran mujeres, en relación con la antigüedad la media fue de 39.5 años de experiencia; Los participantes tuvieron alta percepciones de los comportamientos de cuidado en todas las subescalas evaluadas con una M= 5.66 a 5.34 las cuales son: Seguridad de la presencia humana, Conocimientos y habilidades, Deferencia respetuoso con los demás, y Conexión positiva. En conclusión, los resultados de este estudio son consistentes con investigaciones anteriores sobre la percepción de cuidado de enfermería.

Omari, AbuAlRub, y Ayasreh, (2013). realizaron un estudio descriptivo, comparativo para identificar las percepciones hacia comportamientos de cuidado de las enfermeras que trabajan en unidades críticas de atención; la muestra estuvo conformada de 60 profesionales de enfermería, el 58.3% son varones, 63.3% tienen de 1 a 5 años de experiencia, 80% entre 20-30 años de edad y el 95% tenía un título de licenciatura; los resultados muestran que las enfermeras perciben con un mayor puntaje las dimensiones de Enseñanza/ aprendizaje con una  $\bar{X}$  4.42 y Soporte / protección/ambiente con una  $\bar{X}$  3.53; concluye que las enfermeras perciben los comportamientos de enseñanza, como los comportamientos de cuidado más importantes en las unidades de cuidados críticos.

Valizadeh, Zamanzadeh, Azimzadeh y Rahmani (2012), efectuaron un estudio descriptivo para identificar las percepciones de enfermería sobre los comportamientos de cuidado en la atención en las salas de cáncer; la muestra se conformó por 40 profesionales de enfermería; los resultados evidenciaron que el 92.5% eran mujeres,

65% en edades de  $36.7 \pm 6.6$  años; el 85% grado de licenciatura; 62.5% de tenía  $8.01 \pm 5.80$  años de experiencia exclusivamente en las salas de cáncer. Las enfermeras evaluaron de mayor importancia con una  $M= 4.42$  y  $4.19$  "Monitores y sigue a través"(hace referencia a la tecnología y seguimiento al tratamiento) y " ser accesible". Otras dimensiones con una  $M= 4.12$  a  $3.82$  comprendidas como de baja prioridad son "anticipa", "explica y facilita", "comodidades físicas y emocionales", "relación de confianza". Por lo tanto, se concluye que los profesionales de enfermería demuestran su capacidad profesional y competente al proporcionar el cuidado.

Ramírez y Parra (2011), realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal, con el propósito de describir y correlacionar la percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería que tienen los pacientes y el personal de enfermería en la unidad de cuidados intensivos; la población estuvo conformada por 13 enfermeras profesionales y 13 auxiliares de enfermería, edad en un rango 18 y 26 años del personal profesional y los no profesionales 27 y 35. La prioridad establecida por los profesionales de enfermería, las dimensiones de mayor importancia son: ser accesible  $M = 4.24$ , explica y facilita 4.22, conforta 4.22 y se anticipa 3.88; para el grupo de auxiliares de enfermería fue se anticipa 4.23, monitorea y hace seguimiento 4.14, accesible 4.13 y conforta 3.86.

Al correlacionar los comportamientos de cuidado de las enfermeras profesionales con el grupo de auxiliares de enfermería el resultado fue que las dimensiones accesible, mantiene una relación de confianza, explica y facilita, monitorea y hace seguimiento tienen un alto índice de correlación (0.72 a 0.98), lo cual permite reconocer que existe una alta relación y se establece que los comportamientos de cuidado tienen igual grado

de importancia para los dos grupos de enfermería; concluyeron identificar la importancia de los comportamientos que tienen que ver con las relaciones interpersonales, el cuidado humano y las necesidades de comunicación.

Zamanzadeh, Azimzadeh, Rahmani y Valizadeh (2010), un estudio descriptivo con el objetivo de determinar los comportamientos de cuidado, de pacientes y enfermeras de oncología, con una población de 40 enfermeras, edad promedio de  $37.7 \pm 6.6$ , 92.5% mujeres, el 65% casados, el 85% nivel licenciatura, 12.5% auxiliares, el 2.5% grado de maestría y antigüedad media  $12.2 \pm 6.92$ . Encontraron que las subescalas más importantes para las enfermeras fueron monitorea y hace seguimiento, ser accesible y anticipa; las de mediana importancia son explica y facilita, confort y relación de confianza. En conclusión, las enfermeras consideran que ser consistentes con las necesidades durante la interacción con los pacientes, así como los aspectos físicos de cuidado, son los comportamientos de cuidado más importantes.

### **1.5 Definición de Términos**

Para alcanzar el objetivo del estudio se consideraron las siguientes definiciones:

**Edad:** Se define como años completos de vida de una enfermera a partir de su nacimiento a la fecha de la entrevista.

**Servicio:** Es aquel en el que labora el personal de enfermería dentro del Hospital.

**Escolaridad:** Es el nivel educativo representado por los años completos de escolaridad formal cursados por el personal de enfermería del hospital.

**Sexo:** Se refiere a las características biológicas y fisiológicas que presenta el personal de enfermería del hospital.

**Antigüedad:** Es el tiempo que transcurre o acumula el personal de enfermería desde su ingreso hasta el momento de la entrevista en el hospital.

**Turno:** Es el horario de trabajo asignado al personal de enfermería desde su ingreso al hospital.

## **Definición Conceptual**

**Cuidado humano:** Es inherente al ser humano, es la acción que preserva nuestra especie, el ser humano desde antes del nacimiento, durante todo su crecimiento y desarrollo cuida a sus semejantes, por lo que es para los profesionales de enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción el cuidar, es un proceso interconectado, intersubjetivo de sensaciones compartidas entre la enfermera y el paciente (Watson 2002).

**Factores de cuidado:** Son los comportamientos de la enfermera (o), que muestra al momento de proporcionar el cuidado al paciente; que es la forma de conducirse en el trabajo diario, desarrollando procesos de curación, terapéuticos y de relación entre enfermera-paciente, ayudando a promover el bienestar de salud al paciente (Watson, 2002).

## **1.6 Objetivos**

### **1.6.1 Objetivo general**

Determinar los factores de cuidado que otorgan los profesionales de enfermería a pacientes en un hospital de tercer nivel de atención y su relación con los datos sociodemográficos (edad, antigüedad laboral, años de escolaridad).

### ***1.6.2 Objetivo específico***

1. Describir los factores de cuidado de los profesionales de enfermería hacia el paciente hospitalizado.
2. Determinar si la edad, de los profesionales de enfermería, tiene relación con los factores de cuidado.
3. Determinar la relación de antigüedad laboral de los profesionales de enfermería con los factores de cuidado.
4. Relacionar los años de escolaridad con los factores de cuidado de los profesionales de enfermería.

## Capítulo II

### Metodología

Este capítulo describe el diseño del estudio, la población, muestreo y muestra, los instrumentos que se utilizaron para recabar la información, el procedimiento para la recolección de datos, las consideraciones éticas y las estrategias de análisis.

#### 2.1 Diseño de Estudio

El presente estudio se realizó con un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, transversal y correlacional (Burns & Grove, 2012).

#### 2.2 Población

Para este estudio la población, fueron 350 profesionales de enfermería de ambos sexos que se encuentren en los diferentes servicios de un hospital público de segundo nivel.

#### 2.3 Muestra y Muestreo

El tamaño de la muestra se calculó a través de la fórmula de población finita  $n = \frac{n/Z / pq}{nd + Zpq}$  por lo que la muestra fue de 120 enfermeras/os; el muestreo fue por conveniencia, no probabilístico (Burns y Grove, 2012).

#### 2.4 Criterios de Selección

A continuación, se señalan los criterios de inclusión, exclusión y eliminación considerados en el presente estudio.

##### *2.4.1. Criterios de inclusión.*

Profesionales de enfermería de ambos sexos que se encuentren en el área de hospitalización (medicina interna, cirugía general, urgencias, ginecología, toco-cirugía,

área de quemados y unidad de cuidados intensivos), en los diferentes turnos (matutino, vespertino, nocturno, jornada acumulada).

#### ***2.4.2. Criterios de exclusión.***

Jefes de servicio, personal de nuevo ingreso (menos de un año), áreas de quirófano y CE y E.

#### ***2.4.3. Criterios de eliminación.***

Se eliminarán los cuestionarios que no se encuentren en su totalidad contestados.

### **2.5 Instrumentos de Medición**

En el presente estudio se utilizó una cedula para identificar las características sociodemográficas y laborales, además se utilizó el instrumento evaluación de los comportamientos de cuidado otorgado por enfermería.

#### ***2.5.1 Cédula de datos sociodemográficos y laborales (CDSDL).***

La cédula contempla datos generales de los profesionales de enfermería; consta de 8 ítems de respuesta abiertas y de complementación, los cuales son: edad, sexo, turno (matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada), servicio, antigüedad laboral (en años cumplidos), escolaridad (años de estudio cursados desde la primaria, formación profesional y número de pacientes asignados a su cuidado (Anexo 1).

#### ***2.5.2 Instrumento de evaluación de los comportamientos de cuidado otorgado por enfermería (ECCOE).***

El instrumento de Evaluación de los Comportamientos de Cuidado Otorgado por Enfermería de Cronin y Harrison (1988), fue traducido al español por Ayala-Valenzuela en (2010), actualmente validado y utilizado en contexto mexicano por Morales-Castillo, Hernández, Morales-Rodríguez y Landeros (2016); el objetivo de este instrumento fue

determinar la capacidad percibida por el profesional de enfermería de expresar los comportamientos de cuidado en la práctica y enseñanza del cuidado.

El instrumento del ECCOE contempla los 10 factores de cuidado de Jean Watson que se divide en 7 subescalas: Humanismo/Fe-esperanza (ítems 1 a 16); Ayuda/confianza (ítems 17 a 27); Expresión de sentimientos positivos/negativos (ítems 28 a 31); Enseñanza/ aprendizaje (ítems 32 a 39); Soporte protección/ambiente (ítems 40 a 51); Asistencia en las necesidades humanas (ítems 52 a 60); Fuerzas existencial/ fenomenológica (ítems 61 a 63); está integrado por 63 ítems, cuya escala de respuesta es tipo Likert con cinco opciones, 1= no es importante, 2= es relativamente importante, 3 medianamente importante, 4 = es importante y 5= muy importante; al sumarlas dan un puntaje mínimo de 63 puntos y un puntaje máximo de 315 puntos a partir de este puntaje se calculó una media quedando en los siguientes rangos:

Baja percepción con un puntaje 63 – 188 ( $f= 5$ ), mediana percepción con un puntaje 189 – 251 ( $f=85$ ) y alta percepción con puntaje 252 – 315 ( $f= 30$ ), de acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista, (2014).; este instrumento ha sido utilizado en países como Chile y México donde reportan un Alfa de Cronbach de .90 (Anexo 2).

## **2.6 Procedimiento de Recolección de Datos**

Este estudio se sometió a evaluación por la Comisión Académica de Posgrado de la Facultad de Enfermería BUAP, una vez obtenido el dictamen positivo, se solicitó el permiso a las autoridades de la Unidad Hospitalaria para desarrollar la investigación, previa presentación del protocolo y resultados de prueba piloto; después de tener la respuesta afirmativa se informó a la Jefe de Enseñanza de Enfermería para solicitar la autorización para la aplicación de la prueba final.

Posteriormente se procedió a la aplicación de los instrumentos que fue a través de las sesiones de enfermería en donde se indicó que únicamente tenía que acudir el personal que estuvieran dentro de los criterios de inclusión, después se les informo el propósito del estudio y se les invito a participar en el estudio; una vez obtenido su permiso firmaron el consentimiento informado (Anexo 3). A continuación, se entregó el instrumento para su llenado y se mencionó que se aclararían las dudas que se presentaran en ese momento; una vez finalizado el llenado, se fueron revisando los instrumentos para verificar que no existieran respuestas sin contestar o respuestas duplicadas. Finalmente, se les agradeció su participación y se dio por concluida esta fase.

## **2.7 Ética del Estudio**

Este estudio de investigación se realizó bajo las disposiciones de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, la última reforma (2014) de acuerdo al título segundo de los aspectos Éticos de la Investigación en los Seres Humanos. Del capítulo I, sobre las Disposiciones Comunes, menciona que la información obtenida será resguardada bajo absoluta confidencialidad, por lo que se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir será para la finalidad de investigación únicamente (artículo 14, fracción III).

En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, se deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar (Artículo 13), además de que se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice (Artículo 16).

Se obtendrá el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y de las disposiciones jurídicas aplicables (artículo 14, fracción V). De acuerdo con el Artículo 21 menciona que para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre justificación y los objetivos de la investigación en la fracción I, así como en los beneficios que puedan obtenerse (Fracción IV).

Se otorgará la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación (fracción VI). La investigación será suspendida de inmediato por el investigador principal, en el caso de sobrevenir el riesgo a la integridad, discapacidad o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, así como cuando éste lo solicite por no estar de acuerdo (artículo 14, fracción IX).

## **2.8 Estrategias de Análisis**

El análisis se llevó a cabo con el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versión 22). Se utilizó la estadística descriptiva e inferencial.

La estadística descriptiva para determinar las variables, como son las medidas de tendencia central o de resumen (media, mediana, frecuencia y porcentaje) y medidas de dispersión (desviación estándar, rango, valor mínimo, valor máximo).

Para determinar la consistencia interna o confiabilidad de los instrumentos se obtuvo mediante el coeficiente de alfa de Cronbach. Se calcula la prueba de Kolmogorov-Smirnov realizando la transformación a índices en una escala del 0 al 100, para determinar la normalidad en la distribución de las variables continuas y numéricas, de acuerdo a los resultados obtenidos se decidió utilizar estadísticos paramétricos, porque la

distribución de las variables fue central por lo cual se utilizó una correlación de Pearson para cumplir con los objetivos establecidos. La presentación de resultados es por medio de tablas y gráficas, utilizando el procesador de textos de Microsoft Word (2010).

## Capítulo III

### Resultados

En este capítulo se describen los resultados de estudio, que se enlistan a continuación: a) Confiabilidad del Instrumento, b) Prueba de Normalidad, c) Características Sociodemográficas, d) Análisis Descriptivos de las Variables y e) Estadística Inferencial.

#### 3.1 Confiabilidad del Instrumento

En la Tabla 1, se muestra el coeficiente alfa de Cronbach del Instrumento Evaluación de los Comportamientos de Cuidado otorgado por Enfermería (ECCOE), de acuerdo a los resultados fue de .957 y por subescalas de .764 a .869, consideradas aceptables de acuerdo con Burns y Grove (2012).

Tabla 1

*Coeficiente Alfa de Cronbach del Instrumento ECCOE*

	<i>Ítems</i>	<i>A</i>
Instrumento general (ECCOE)	63	.957
Sub-escalas		
Humanismo/fe-esperanza/sensibilidad	16	.840
Ayuda/confianza	11	.764
Expresión sentimientos positivos/negativos	4	.840
Enseñanza/aprendizaje	7	.869
Soporte/protección/ambiente	12	.862
Asistencia en las necesidades humanas	9	.752
Fuerzas existenciales/fenomenológica/espiritual	3	.830

*Nota:*  $\alpha$ =Alfa de Cronbach por sub-escalas

*n=120*

#### 3.2 Prueba de Normalidad

Para llevar a cabo el análisis inferencial, se realizó la transformación de los datos crudos a índices del 0 a 100; una vez obtenido estos índices se aplicó la prueba

Kolmogorov-Smirnov; de acuerdo con los resultados que muestra la Tabla 2, se reporta por subescalas una distribución no normal, sin embargo, en la escala general se obtiene un resultado con distribución normal por lo que se decide utilizar estadísticos paramétricos.

Tabla 2

*Prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov del ECCOE*

<i>Variable</i>	$\bar{X}$	<i>DE</i>	<i>Mediana</i>	<i>K-S</i>	<i>Valor p</i>
<i>ECCOE</i>	82.8	9.7	82.9	.053	.200
<i>Sub-escalas</i>					
1	87.1	8.6	89.0	.121	.000
2	80.1	11.3	81.8	.088	.024
3	78.4	15.3	81.2	.126	.000
4	77.2	15.1	78.1	.115	.001
5	84.2	11.2	87.5	.118	.000
6	82.0	11.6	80.5	.081	.051
7	82.2	15.4	83.3	.160	.000

*Nota:* Instrumento ECCOE. Sub-escalas: 1. Humanismo/fe-esperanza/sensibilidad 2. Ayuda/confianza. 3. Expresión de sentimientos positivos/negativos. 4. Enseñanza/aprendizaje. 5. Soporte/protección/ ambiente. 6. Asistencia en las necesidades humanas. 7. Fuerzas existenciales/fenomenológica /espiritual.  $n=120$

### 3.3 Características Sociodemográficas y Laborales

De acuerdo con las características sociodemográficas de los profesionales de enfermería, los resultados son los siguientes: la edad promedio fue de 35.21 años  $\pm$  6.29, con un rango de 56 a 26; la antigüedad laboral promedio fue de 7.11 años  $\pm$  3.04 y rango de 16 a 2; respecto al número de pacientes atendidos el promedio fue de 7.70  $\pm$  3.17, con rango de 18 a 2. El 80% de los profesionales de enfermería corresponde al sexo femenino, el 36.7% labora en el turno nocturno, el 28.3% labora en el servicio de urgencias y el grado académico que predomina con el 59.2% es Licenciatura en Enfermería (Tabla 3).

Tabla 3

*Descripción de las Características del Profesional de Enfermería*

<i>Variable</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	$\bar{X}$	<i>DE</i>
Edad	-	-	26	56	35.2	6.2
Antigüedad Laboral	-	-	2	16	7.11	8.0
Atención a Pacientes	-	-	2	18	7.70	8.0
Años de Escolaridad	-	-	13	19	16.3	1.6
<b>Sexo</b>						
Masculino	24	20	-	-	-	-
Femenino	96	80	-	-	-	-
<b>Turno</b>						
Matutino	34	28.3	-	-	-	-
Vespertino	26	21.7	-	-	-	-
Nocturno	44	36.7	-	-	-	-
Jornada Acumulada	16	13.3	-	-	-	-
<b>Servicio</b>						
Cirugía General	21	17.5	-	-	-	-
Medicina Interna	22	18.3	-	-	-	-
Ginecología	13	10.8	-	-	-	-
Urgencias	34	28.3	-	-	-	-
Otros	30	25.1	-	-	-	-
<b>Formación Profesional</b>						
Enfermera General	20	16.7	-	-	-	-
Curso Postécnico	16	13.3	-	-	-	-
Licenciada Enfermería	71	59.2	-	-	-	-
Enfermera Posgrado	7	5.8	-	-	-	-
Maestría Enfermería	6	5.0	-	-	-	-

*Nota:* Cédula de datos Sociodemográficos CDS (Hernández-Pérez y Hernández-Cruz, 2015)

n=120

### 3.4 Análisis Descriptivo de las Variables

En la Tabla 4, se muestran los factores de cuidado de mayor importancia para los profesionales de enfermería; los cuales están inmersos en las subescalas de Humanismo/Fe-esperanza/sensibilidad y asistencia en las necesidades humanas; sobresaliendo el trato con respeto e individualidad al paciente así como contar con los conocimientos necesarios y suficientes para brindar cuidado y aplicando las técnicas

correctas por lo que se infiere que el cuidado se otorga respetando los principios básicos de enfermería.

Tabla 4

*Subescalas de Factores de Cuidado más Importantes para los Profesionales de Enfermería*

<i>Subescalas de Factores de Cuidado</i>	$\bar{X}$	DE
1. Humanismo/Fe-esperanza//sensibilidad		
Trato al paciente con respeto	4.83	.444
Trato al paciente como persona individual	4.77	.444
Tengo los conocimientos necesarios para brindar el cuidado	4.72	.471
Brindo seguridad al paciente	4.68	.518
Soy amable y considerada con el paciente	4.65	.560
5.Soporte/protección/ambiente		
Proporciono los medicamentos para el dolor cuando lo necesite el paciente	4.69	.577
Siempre muestro al paciente mi mejor cara	4.69	.553
6.Asistencia en las necesidades humanas		
Tengo los suficientes conocimientos para aplicar las técnicas correctas	4.72	.505
Se manejar los equipos biomédicos	4.71	.525
2.Ayuda/confianza		
Me presento ante el paciente recién lo conozco	4.67	.626
<i>Nota:</i> Instrumento ECCOE, 2016		<i>n</i> =120

En la Tabla 5, que muestra los factores de cuidado de menor puntuación para los profesionales de enfermería, resaltan las subescalas de Ayuda/confianza, Asistencia en las necesidades humanas y Enseñanza/aprendizaje, mostrando que no se le da seguimiento al paciente cuando es trasladado a otro servicio, no mantiene informada a la familia de la evolución del paciente y la interacción enfermera-paciente está limitada ya que no muestra interés en conocer al paciente en cuestiones no relacionadas a su hospitalización.

Tabla 5

*Factores de Cuidado con Menor Puntuación para los Profesionales de Enfermería*

<i>Subescalas de Factores de Cuidado</i>	$\bar{X}$	DE
4.Enseñanza/aprendizaje		
Animo al paciente a que me pida información sobre su enfermedad	3.96	1.07
Le pregunto al paciente que desea saber acerca de su salud/ enfermedad	3.99	.939
Ayudo al paciente a fijarse metas realistas con respecto a su salud	3.98	.855
Ayudo a planificar junto con el paciente como lograr esas metas de salud	3.78	.855
6.Asistencia a las necesidades humanas		
Mantengo informada a la familia de la evolución del paciente	3.53	1.13
Permito a los familiares que visiten al paciente las veces que sea necesario	3.64	1.2
2.Ayuda/confianza		
Platico con el paciente sobre su vida cuestiones no relacionadas a su hospitalización	3.63	1.19
Visito al paciente si es trasladado a otro servicio del hospital	3.13	1.25
1.Humanismo/Fe-esperanza		
Pregunto al paciente como le gusta que le hagan las cosas	3.93	.909
5.Soporte/protección/ambiente		
Menciono al paciente cuáles son sus expectativas del día	3.64	1.01
<i>Nota: Instrumento ECCOE, 2016</i>		<i>n=120</i>

En la Tabla 6, se observa la distribución de los puntajes de corte la siguiente manera el 95.8% de los participantes se encuentran en la categoría 4 y 5 (es importante, es muy importante), 4.2 % de los participantes en la categoría 3 (medianamente importante) y ningún participante en las categorías 1, 2.

Tabla 6

*Percepción de los Factores de Cuidado de los Profesionales de Enfermería*

<i>Niveles de Percepción</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>Puntaje</i>
Baja percepción	5	4.2	63 – 188
Mediana percepción	85	70.8	189 – 251
Alta percepción	30	25	252 – 315
Suma	120	100	

*Nota:* Instrumento ECCOE, 2016 *n*=120

### 3.5 Estadística Inferencial

Para determinar si los datos sociodemográficos (edad, antigüedad, años de escolaridad) de los profesionales de enfermería tienen relación con los factores de cuidado que otorgan a los pacientes hospitalizados, se realizó una correlación de Pearson, por lo tanto, se cumplieron con los siguientes supuestos: a) dos variables continuas en una escala, b) distribución normal (Intervalares y de razón), c) Homocedasticidad, d) relación lineal (por cada X hay una Y).

De acuerdo al segundo objetivo específico, determinar si la edad, de los profesionales de enfermería, tienen relación con los factores de cuidado el resultado fue estadísticamente significativa ( $r = .277, p < .05$ ); el segundo objetivo específico fue determinar la relación de antigüedad laboral de los profesionales de enfermería con los factores de cuidado se encontró que existe una relación negativa porque ( $r = - .030, p > .05$ ) y en base al tercer objetivo que fue relacionar los años de escolaridad con los factores de cuidado de los profesionales de enfermería se observa que no hay relación porque ( $r = .066, p > .05$ ), como se muestra en la Tabla 7.

Tabla 7

*Factores de Cuidado y su Relación con Edad, Antigüedad Laboral, Años de Escolaridad*

Variables	ECCOE	Edad	Antigüedad L.	Años Escolaridad	
1	Correlación de Pearson	1			
	Sig. (bilateral)				
	N	120			
2	Correlación de Pearson	.277**	1		
	Sig. (bilateral)	.002			
	N	120	120		
3	Correlación de Pearson	-.030	.282**	1	
	Sig. (bilateral)	.742	.002		
	N	120	120	120	
4	Correlación de Pearson	.066	-.012	.206*	1
	Sig. (bilateral)	.473	.895	.024	
	N	120	120	120	120

*Nota:* CDSD, \*\* la correlación es significativa en el nivel 0.01, \* la correlación es significativa en el nivel 0.05.

*n*=120

## Capítulo IV

### Discusión

De acuerdo al objetivo general de este estudio fue determinar los factores de cuidado que otorgan los profesionales de enfermería a pacientes en un hospital de tercer nivel de atención y su relación con los datos sociodemográficos (edad, antigüedad laboral y años de escolaridad). Se encontraron los siguientes datos, la mayoría de los profesionales de enfermería son jóvenes y de poca antigüedad, predominando el sexo femenino y mayoritariamente se encontraron laborando en el turno nocturno, así mismo proporcionando atención en las áreas críticas y más de la mitad cuenta con el grado de licenciado en enfermería; tales hallazgos coinciden con los resultados de Valizadeh et al, (2012), Ramírez y Parra (2011) y Zamanzadeh et al, (2010); a diferencia de Omari, AbuAlRub y Ayasreh, (2013), que refiere que la mayoría de los profesionales de enfermería en su estudio fueron del sexo masculino.

Este estudio mostro que los factores de cuidado de mayor importancia para los profesionales de enfermería; se situaron en las subescalas de Humanismo/fe-  
esperanza/sensibilidad y asistencia en las necesidades humanas; resaltando que el trato que se otorga a los pacientes es con respeto e individualidad, también se muestra que las enfermeras (os), cuentan con los conocimientos necesarios y suficientes para aplicar las técnicas correctamente con respeto a los principios básicos de enfermería; lo anterior coincide con Valizadeh et al, (2012), que encontraron que la competencia y la capacidad profesional son primordiales al proporcionar los cuidados. A diferencia de Ramírez y Parra (2011) y Zamanzadeh et al, (2010), que mencionan que la comunicación y las relaciones interpersonales son los factores de cuidado más importantes.

Con respecto a los factores de cuidado de menor puntuación, sobresalen las subescalas de ayuda/confianza, asistencia en las necesidades humanas y enseñanza/aprendizaje, de las cuales se identificó desinterés en conocer al paciente más allá de las cuestiones relacionadas a su estado de salud, tampoco da seguimiento cuando este es trasladado a otro servicio, no informa a la familia ni al paciente sobre la evolución durante la hospitalización, por lo tanto la interacción enfermera-paciente está limitada y no favorece a un cuidado humanizado. No se encontraron estudios relacionados que coincidan con los resultados de esta investigación.

En base a los objetivos específicos respecto a determinar si los datos sociodemográficos (edad, antigüedad, años de escolaridad) de los profesionales de enfermería tienen relación con los factores de cuidado que otorgan a los pacientes hospitalizados, se identificó estadísticamente que la edad del personal, es el único factor que se relaciona con los factores de cuidado, por lo que este sería un factor importante para determinar la actitud y compromiso para la atención del cuidado; de tal manera que estos resultados no coinciden con el estudio de Ramírez y Parra (2011), porque utilizaron variables de relación diferentes (grupos de enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería), no se logró discutir con más estudios relacionados porque al realizar la búsqueda de literatura, en su mayoría se encontraron estudios descriptivos además que hay estudios de correlación y contrastación de pacientes con enfermeras y/o estudiantes de enfermería; ya que a este personal es poco explorado este tipo de investigaciones.

## Conclusiones

A partir de los resultados de esta investigación se puede precisar que los profesionales de enfermería en un hospital de segundo nivel de atención, son jóvenes y con poca antigüedad laboral; factores que no favorecen al cuidado humanizado mostrado a través de la falta de relación interpersonal con el paciente y familiares, se encontró falta de interés en conocerlos más allá de las cuestiones hospitalarias sin embargo, si cuentan con los conocimientos necesarios y suficientes para aplicar las técnicas correctas respetando los principios básicos de la disciplina.

De tal manera que las evidencias de este estudio demuestran la necesidad de incluir las afirmaciones de Jean Watson, quien refiere que sólo a través de las relaciones interpersonales, se puede demostrar y practicar el cuidado humano de manera eficaz; enfocándolo en las diversas funciones de la disciplina de la enfermería como la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación; así retomar los valores humanísticos y crear una conexión espiritual, por ello es importante dirigir el paradigma de los profesionales de enfermería hacia los Cuidados Humanos en los sistemas de salud en donde el Cuidado se transforma una dimensión más profunda que va más allá de una simple técnica, de recibir un turno o la de una educación rutinaria día a día; es estar ahí con el otro, es compartir sus experiencias de vida, sentimientos y emociones.

### **Sugerencias**

Es importante seguir investigando en los profesionales de enfermería estos comportamientos manejados por Watson, a fin de fomentar una conexión más cercana y profunda (emocional, espiritual) durante el cuidado a los pacientes.

Así mismo se requiere una capacitación permanente hacia la humanización del cuidado.

## Referencias

- Abades, P. M. (2010). Análisis de los cuidados enfermeros en centros geriátricos de Barcelona, según el modelo de Watson. (Tesis doctoral). Recuperado de [http://www.coib.cat/UploadsBO/Tesines/Documents/20130609\\_192601\\_Tesi%20Mercedes%20Abadas%20Porcel.pdf](http://www.coib.cat/UploadsBO/Tesines/Documents/20130609_192601_Tesi%20Mercedes%20Abadas%20Porcel.pdf).
- Barbero, L. V. M. (2014). Atributos del cuidado humanizado de enfermería en personal asistencial, (tesis de maestría). Recuperado de <http://repositorio.ual.es:8080/jspui/bitstream/10835/2601/1/trabajopd>
- Barrera, P. R.I., (2015). Características del cuidado que brinda la enfermera al adulto mayor en los servicios de medicina de un hospital nacional según la percepción de los internos de enfermería, (tesis de licenciatura). Recuperado de [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4137/1/Palma\\_bi.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4137/1/Palma_bi.pdf)
- Burns, N y Grove, S.K. (2012). Investigación en enfermería desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. Elsevier: España.
- Cárdenas, B. L., Arana, G. B., Monroy, R. A & García, H. M. L. (2010). Sociología de la enfermería. 1ed. reimpresso Cuidado profesional de enfermería, Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería, A.C. (FEMAFEE). Lugar México
- Cortese, M (2014). Nurse Caring Behaviors Following Implementation of a Relationship Centered Care Professional Practice Model. *International Journal of Caring Sciences*, 7(3), 818. Recuperado de <http://search.proquest.com/openview/1e4a09142f471b67798b805cb96ee93c/1?q-origsite=gscholar>.

- García, H. M. L., Monroy, R. A & Karam, C. M. A., (2012). El cuidado de la salud: un enfoque económico. 1ed. El cuidado de la vida y la salud: una cosmovisión editorial comité editorial de la academia nacional de enfermería. Lugar México.
- Hernández, S. R., Fernández, C. C y Baptista, L. P. (2014). Análisis de datos cuantitativos. En autor (ed.), Metodología de la investigación (pp.270 – 335). México: McGraw-Hill.
- Hills, M. & Watson, J. (2011). Creating a caring curriculum: an emancipatory pedagogy for nursing. ISBN 978-0-8261-0589-9. Recuperado de [http://lghttp.48653.nexcesscdn.net/80223CF/springer-static/media/samplechapters/9780826105899/9780826105899\\_chapter.pdf](http://lghttp.48653.nexcesscdn.net/80223CF/springer-static/media/samplechapters/9780826105899/9780826105899_chapter.pdf)
- Jesse, D. E., & Alligood, M. R. (2010). Watson's philosophy and theory of transpersonal caring. *Nursing theorists and their work*, (7<sup>th</sup> ed., pp. 91-112). Maryland Heights, MO: Mosby Elsevier.
- León, C. L. V. (2014). Percepción de los estudiantes de enfermería, sobre el cuidados humanizado de la enfermería al paciente hospitalizado. UNMSM, 2013, (tesis licenciatura. Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3671>
- Morales-Castillo, F. A., Hernández, M. C., Morales-Rodríguez, M., & Olvera, E. L. (2015). Validación y estandarización del instrumento: Evaluación de los comportamientos de cuidado otorgado en enfermeras mexicanas. *Enfermería Universitaria*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.11.005>.
- Murray, K. (2009). Trascender en el cuidado de enfermería, una oportunidad desde la aplicación de la teoría de cuidado cultural, algunas reflexiones. Recuperado de

[http://www.mundoenfermero.com/producciones/tracender\\_en\\_el\\_cuidado\\_de\\_enfermeria.pdf](http://www.mundoenfermero.com/producciones/tracender_en_el_cuidado_de_enfermeria.pdf).

Omari, F. H., AbuAlRub, R., & Ayasreh, I. R. (2013). Perceptions of patients and nurses towards nurse caring behaviors in coronary care units in Jordan. *Journal of clinical nursing*, 22(21-22), 3183-3191.

Organización Mundial de Salud (2015). Programa de enfermería y técnicos en salud Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 525 Twenty-third Street N.W. Washington DC 20037 United States of America. Recuperado de [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10948%3A2015-nursing-in-the-americas-quick-facts&catid=2231%3Anews-multimedia&Itemid=137&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10948%3A2015-nursing-in-the-americas-quick-facts&catid=2231%3Anews-multimedia&Itemid=137&lang=es)

Ramírez, P. C. A., & Parra, V. M. (2011). Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Avances en enfermería*, 29(1), 97-108. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v29n1/v29n1a10.pdf>

Secretaria de Salud (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud Última Reforma Publicada DOF 02-04-2014. Recuperado de: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)

Sharon W. (2010). Critique of Jean Watson's Theory of Human Caring. Recuperado de <https://s3.amazonaws.com/files.digication.com/Ma30dd29820c9b3fcf7c85610b7b8d6a4.pdf>

- Urra, E., Jana, A., García, M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Rev. Ciencias y Enfermería*. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf>
- Valizadeh, L., Azimzadeh, V. R y Rahmani, A. (2012). La visión de los enfermeros hacia dar prioridad a los comportamientos de cuidado en pacientes con cáncer. *Rev. El cuidado J Sci*. 1 (1): 11-16.
- Watson, J. (2009). El cuidar como la ciencia y la ciencia de la enfermería y de los cuidados médicos. *O Mundo da Saúde São Paulo*: 2009;33 (2):143-149. Recuperado de [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/67/143a149.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/143a149.pdf)
- Watson, J. (2002). Nursing: Seeking its Source Nursing: Seeking its Source and SurvivalICUs and Nursing Web Journ ISSN 1108-7366. Recuperado de <https://www.watsoncaringscience.org/files/PDF/WatsonICU02.pdf>
- Watson (2008). Core Concepts of Jean Watson's Theory of Human Caring/Caring Science The Core Principles/Practices: Evolving From Carative to Caritas Recuperado de <http://watsoncaringscience.org/files/Cohort%206/watsons-theory-of-human-caring-core-concepts-and-evolution-to-caritas-processes-handout.pdf>
- Zamanzadeh, V., Azimzadeh, R., Rahmani, A., y Valizadeh, L. (2010). Oncology patients' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviors. *BMC nursing*, 9 (1), 1. DOI: 10.1186 / 1472-6955-9-10



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Facultad de Enfermería  
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado



**Cédula de Datos Sociodemográficos y Laborales (CDSDL)**  
Hernández-Pérez y Hernández-Cruz (2015)

Instrucciones: En las siguientes cuestiones marque con una X y conteste lo que se solicita según corresponda.

Fecha de Aplicación:

No.

1. Edad: \_\_\_\_\_

2. Sexo:

Masculino

2. Femenino

3. Turno asignado a la enfermera:

1. Matutino

2. Vespertino

3. Nocturno

4. Servicio asignado a la enfermera:

1. Cirugía General  
UCI

2. Medicina Interna  
4. Otro Servicio:

  
\_\_\_\_\_

5. Antigüedad Laboral (años cumplidos): \_\_\_\_\_

6. Escolaridad (Años de estudios cursados desde la primaria): \_\_\_\_\_

7. Formación Profesional

1. Enfermera General

2. Enfermera Especialista  
(Pos-técnico)

3. Licenciada en Enfermería

4. Enfermera Especialista  
(Posgrado)

5. Maestría en Enfermería

6. Otro (especifiqué)

1. Señale el número de pacientes que tiene asignado a su cuidado: \_\_\_\_\_



**Apéndice 2**  
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Facultad de Enfermería  
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado



**Evaluación de los Comportamientos de Cuidado  
Otorgado por Enfermería (ECCOE)**

Adaptado por Morales-Castillo, Hernández, Morales-Rodríguez y Landeros (2016)

En el siguiente cuestionario encontrarán una serie de preguntas para contestar, piense en qué medida está de acuerdo con las preguntas y marque el que considere más importante a como actuaría. No existen preguntas buenas ni malas, lo importante es que manifieste su opinión personal, las repuestas son 1 es el punto más bajo y el 5 es el más alto.

- 1= No es importante
- 2= Es relativamente importante
- 3= Medianamente importante
- 4= Es importante
- 5= Es muy importante

<b>1.Humanismo / Fe-esperanza / sensibilidad</b>					
1. Trato al paciente como persona individual.	1	2	3	4	5
2.					
3. Trato de ver las cosas desde el punto de vista del paciente.	1	2	3	4	5
4. Tengo los conocimientos suficientes para brindar cuidado.	1	2	3	4	5
5. Brindo seguridad al paciente.	1	2	3	4	5
6. Atiendo las necesidades de cuidado del paciente cuando lo necesita.	1	2	3	4	5
7. Animo al paciente a confiar en sí mismo.	1	2	3	4	5
8. Destaco aspectos positivos del paciente y de su condición de salud.	1	2	3	4	5
9. Elogio los esfuerzos del paciente (manejo de su propia salud).	1	2	3	4	5
10. Comprendo al paciente como persona.	1	2	3	4	5
11. Pregunto al paciente como le gusta que se hagan las cosas.	1	2	3	4	5
12. Acepto el modo de ser del paciente.	1	2	3	4	5
13. Demuestro sensibilidad hacia los sentimientos del paciente y su estado de ánimo.	1	2	3	4	5
14. Soy amable y considerada/o con el paciente.	1	2	3	4	5
15. Me doy cuenta en el paciente cuando esta fastidiado y tengo paciencia ante esta situación.	1	2	3	4	5
16. Mantengo el control de mis emociones ante situaciones personales.	1	2	3	4	5
17. Trato al paciente con respeto.	1	2	3	4	5
<b>2.Ayuda / confianza</b>					
18. Escucho al paciente cuando él me habla.	1	2	3	4	5
19. Acepto los sentimientos del paciente sin juzgarlo.	1	2	3	4	5
20. Acudo a la habitación del paciente solo para saber cómo se encuentra.	1	2	3	4	5
21. Platico con el paciente sobre su vida cuestiones no relacionadas a su hospitalización.	1	2	3	4	5

22. Pregunto al paciente como le gusta que lo llamen.	1	2	3	4	5
23. Me presento ante el paciente cuando lo recién lo conozco.	1	2	3	4	5
24. Acudo rápidamente al llamado del paciente.	1	2	3	4	5
25. Pongo toda la atención al paciente cuando estoy asistiéndolo.	1	2	3	4	5
26. Visito al paciente si es trasladado a otro servicio del hospital.	1	2	3	4	5
27. Tomo la mano, hombro o mejilla, cuando lo necesita consuelo o darle ánimo.	1	2	3	4	5
28. Las metas que me propongo ante el paciente me comprometo a cumplirlas.	1	2	3	4	5
<b>3.Expresión de sentimientos positivos / negativos</b>					
28 Animo al paciente para que pueda expresar como se siente.	1	2	3	4	5
29 Cuando el paciente se encuentra enojado no me molesto.	1	2	3	4	5
30 Ayudo al paciente a entender sus sentimientos.	1	2	3	4	5
31 Cuando el paciente está pasando por un mal momento y esta irritable, callado, malhumorado, no lo abandono, ni me alejo ante esta situación.	1	2	3	4	5
<b>4.Enseñanza / aprendizaje</b>					
32 Animo al paciente a que me pida información sobre su enfermedad y tratamiento	1	2	3	4	5
33 Respondo de manera clara las preguntas del paciente.	1	2	3	4	5
34 Brindo al paciente enseñanza acerca de su enfermedad.	1	2	3	4	5
35 Me aseguro que el paciente entienda lo que se le explica.	1	2	3	4	5
36 Le pregunto al paciente que desea saber acerca de su salud / enfermedad.	1	2	3	4	5
37 Ayudo al paciente a fijarse metas realistas con respecto a su salud.	1	2	3	4	5
38 Ayudo a planificar junto con el paciente como lograr esas metas de salud.	1	2	3	4	5
39 Ayudo a planificar el cuidado del paciente cuando es dado de alta.	1	2	3	4	5
<b>5.Soporte / protección / ambiente</b>					
40 Menciono al paciente cuáles son sus expectativas del día.	1	2	3	4	5
41 Entiendo cuando el paciente necesita estar solo/a.	1	2	3	4	5
42 Ofrezco al paciente alternativas para estar más cómodo.	1	2	3	4	5
43 Dejo la habitación limpia y ordenada después de un procedimiento.	1	2	3	4	5
44 Explico al paciente las preocupaciones de seguridad que debe tener junto con su familia.	1	2	3	4	5
45 Proporciono los medicamentos para el dolor cuando lo necesite el paciente.	1	2	3	4	5
46 Animo al paciente a que haga actividades por sí mismo/a.	1	2	3	4	5
47 Respeto el pudor del paciente (ej., no destapo al paciente en público.	1	2	3	4	5
48 Antes de retirarme de la habitación, verifico junto con el paciente si tiene todo lo necesario al alcance de sus manos.	1	2	3	4	5
49 Considero las necesidades espirituales del paciente.	1	2	3	4	5
50 Soy gentil y alegre con el paciente.	1	2	3	4	5
51 Siempre muestro al paciente mi mejor cara.	1	2	3	4	5
<b>6.Asistencia en las necesidades humanas</b>					
52 Ayudo al paciente en su cuidado hasta que él pueda hacer lo por su cuenta.	1	2	3	4	5
53 Tengo los suficientes conocimientos para aplicar las técnicas correctas (por ej., una inyección intravenosa).	1	2	3	4	5
54 Se manejar los equipos biomédicos (ej., monitores, baumanometro, etc.).	1	2	3	4	5
55 Proporciono el tratamiento y los medicamentos a tiempo.	1	2	3	4	5
56 Mantengo informada a la familia de la evolución del paciente.	1	2	3	4	5

57	Permito a los familiares que visiten al paciente las veces que sean necesarias.	1	2	3	4	5
58	Vigilo el estado de salud del paciente muy de cerca.	1	2	3	4	5
59	Hago sentir al paciente que puede tomar decisiones sobre su cuidado.	1	2	3	4	5
60	Doy a conocer al paciente las situaciones de alarma que requieran de médicos y enfermeras.	1	2	3	4	5
<b>7.Fuerzas existenciales / fenomenológico / espiritual</b>						
61	Muestro ante el paciente que entiendo cómo se siente.	1	2	3	4	5
62	Ayudo a entender al paciente que sus experiencias de su vida son importantes para crecer.	1	2	3	4	5
63	Ayudo al paciente a sentirse bien con el mismo/a.	1	2	3	4	5

¿Qué otras cosas podrían hacer o decir como enfermera/o para hacer sentir que cuida de las personas?

---



---



**Apéndice 3**  
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Facultad de Enfermería  
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado



### Consentimiento Informado

La Lic. Hernández Pérez María Paula me ha invitado a participar en este estudio el objetivo es conocer el nivel de percepción de cuidado humanizado en el personal de enfermería.

Me hace saber que mi participación es voluntaria y puedo suspenderla en cualquier momento sin que por ello se vean afectados mis derechos laborales en la institución. Me aseguran que se me aclararán todas las dudas que yo presente y que no obtendré beneficios directos de mi participación, pero que la información que yo proporcione será de utilidad para establecer programas de capacitación para mejorar el cuidado humano de enfermería en caso necesario. También me informan que no sufriré ningún riesgo y que mi participación consiste en el llenado de un cuestionario de 63 preguntas que me tomará un tiempo aproximado de 15 minutos.

Se me afirma que la información que yo proporcione es confidencial y no será divulgada sin mi consentimiento. Una vez informada (o), claramente **doy mi consentimiento** para participar en este estudio.

Nombre del Investigador

Nombre del participante

---



---

Nombre de testigo

---