

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE**  
**ENFERMERÍA**



**CUIDADO ENFERMERO Y FELICIDAD EN EL PERSONAL DEL**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DEL HRHD, AREQUIPA 2020**

Tesis presentada por el Maestro:

**JESUS ROGER CHAVEZ  
PARILLO**

Para optar el Grado Académico  
de Doctor en Ciencias:  
Enfermería

Asesora: Dra. Reyna Ysmelia  
Peralta Gómez

**AREQUIPA – PERÚ**  
**2022**

### **Agradecimientos**

A Dios todo poderoso por sus infinitas bendiciones, y por concedernos la salud y la vida a pesar de las inclemencias de la pandemia.

A mi estimada asesora Dra. Reyna Ysmelia Peralta Gómez por su sapiencia y generosidad incondicionales.

### **Reconocimientos**

A mi esposa y a mi hijita Gianella con todo mi amor, por el soporte que me brindan en cada paso que doy.

A mis amadísimos padres por sus sabios consejos y por su amor imperecedero.

A mis hermanas queridas por el aliento constante.

## RESUMEN

**Introducción:** La felicidad constituye un indicador del bienestar de las enfermeras condicionado por diversos factores personales y laborales. El cuidado enfermero podría revelarse como un factor de suma importancia en este grupo profesional.

**Objetivo:** Determinar la influencia del cuidado enfermero en la felicidad del personal del departamento de enfermería del Hospital Regional Honorio Delgado (HRHD), Arequipa 2020.

**Metodología:** Estudio de tipo descriptivo, con diseño correlacional-causal. La población estuvo conformada por 105 enfermeras de todos los servicios del HRHD que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. La muestra fue de 83 unidades de estudio, con muestreo probabilístico estratificado. La variable felicidad fue medida con la “Escala de la Felicidad de Lima” de Reynaldo Alarcón, en el 2015, validada de criterio ( $r=0.738$ ;  $p<0.01$ ) y de constructo (mediante análisis factorial de cuatro componentes que explicaron el 49.79% de la varianza total); y con un índice de confiabilidad alfa de Cronbach de 0,921. Para la variable cuidado enfermero se empleó la escala de Cuidado de Enfermería por dominios y competencias adaptada de “Domains of nursing care and key competencies” de Neeraj Kak, 2001; validada en base a los dominios y competencias de Patricia Benner; con un índice alfa de Cronbach de 0,961. Se asociaron las características sociodemográficas y laborales con las variables de estudio con la prueba chi cuadrado. Para la correlación de las variables se usó la prueba  $r$  de Pearson,  $t$  independiente y ANOVA de una vía, previo test de normalidad con prueba Kolmogorov-Smirnov y corrección de Lilliefors ( $p=0,200>0,05$ ). Se usó la regresión lineal simple para la causalidad.

**Resultados:** Se encontró que la mayor parte de las enfermeras del departamento de enfermería del HRHD es de sexo femenino (92.8%), con una edad promedio de 46 años (DE = 13.168) y de estado civil casada en un 54.2%. La mayoría tiene estabilidad laboral permanente por el tipo de contrato (71.1%) y se desempeña en nueve servicios de hospitalización del HRHD, con una experiencia de trabajo que fluctúa entre los 5 y 30 años en la mayor parte de los casos. A nivel personal señalaron que su familia es el principal motivo de felicidad (42.2%). En el ámbito laboral precisaron que el principal motivo de felicidad fue su trabajo en el servicio (33.7%). El nivel de felicidad en las enfermeras fue alto en la mayor parte de los casos (71.1%), y fue de nivel medio en el resto (28.9%). No se encontró ningún caso de nivel bajo de felicidad. Las dimensiones de la felicidad también tuvieron niveles altos: sentido positivo de la vida (53.0%), satisfacción con la vida (63.9%); realización personal (59.0%) y alegría de vivir (50.6%). El cuidado enfermero brindado por las enfermeras fue de nivel adecuado (48.2%) y regular (50.6%) en la mayor parte de los casos. Se determinó que existe relación significativa ( $p$ -valor = 0,000) directa e intensa ( $r = 0,798$ ) entre el cuidado enfermero y la felicidad. Asimismo, el resultado de la regresión lineal ( $R^2 = 0,6374$ ) permite afirmar que el cuidado enfermero predice un incremento en la felicidad del personal de enfermería en un 63,74%.

**Conclusión:** Se determinó que el cuidado enfermero influye de forma directa e intensa en la felicidad del personal del departamento de enfermería del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2020.

**Palabras clave:** Felicidad, cuidado enfermero, sentido positivo de la vida, satisfacción con la vida, realización personal, alegría de vivir.

## ABSTRACT

**Introduction:** Happiness constitutes an indicator of nurses' well-being conditioned by various personal and occupational factors. Nursing care could be revealed as a factor of utmost importance in this professional group.

**Objective:** To determine the influence of nursing care on the happiness of the staff of the nursing department of the Honorio Delgado Regional Hospital (HRHD), Arequipa 2020.

**Methodology:** Descriptive study, with a correlational-causal design. The population consisted of 105 nurses from all HRHD services who met the inclusion and exclusion criteria. The sample consisted of 83 study units, with stratified probability sampling. The happiness variable was measured with the "Lima Happiness Scale" by Reynaldo Alarcón, in 2015, validated for criterion ( $r=0.738$ ;  $p<0.01$ ) and construct (through factor analysis of four components that explained 49.79% of the total variance); and with a Cronbach's alpha reliability index of 0.921. For the nursing care variable, the Nursing Care scale by domains and competencies adapted from "Domains of nursing care and key competencies" by Neeraj Kak, 2001; validated on the basis of Patricia Benner's domains and competencies; with a Cronbach's alpha index of 0.961 was used. The sociodemographic and labor characteristics were associated with the study variables with the chi-square test. Pearson's  $r$  test, independent t-test and one-way ANOVA were used to correlate the variables, after testing for normality with Kolmogorov-Smirnov test with Lilliefors correction ( $p=0.200>0.05$ ). Simple linear regression was used for causality.

**Results:** It was found that most of the nurses in the HRHD nursing department are female (92.8%), with an average age of 46 years ( $SD = 13.168$ ) and 54.2% of them married. The majority have permanent job stability due to the type of contract (71.1%) and work in nine hospitalization services of the HRHD, with work experience that fluctuates between 5 and 30 years in most cases. On a personal level, they indicated that their family is the main reason for their happiness (42.2%). At the work level, they specified that the main reason for happiness was their work in the service (33.7%). The level of happiness among nurses was high in most cases (71.1%) and was medium in the rest (28.9%). No cases of low level of happiness were found. The dimensions of happiness also had high levels: positive sense of life (53.0%), satisfaction with life (63.9%); personal fulfillment (59.0%) and joy of living (50.6%). The nursing care provided by the nurses was adequate (48.2%) and fair (50.6%) in most cases. A significant ( $p$ -value = 0.000) direct and strong relationship ( $r = 0.798$ ) was found to exist between nursing care and happiness. Likewise, the result of the linear regression ( $R^2 = 0.6374$ ) allows us to affirm that nursing care predicts an increase in the happiness of the nursing staff by 63.74%.

**Conclusion:** It was determined that nursing care has a direct and strong influence on the happiness of the nursing department staff of the Honorio Delgado Regional Hospital, Arequipa 2020.

**Key words:** Happiness, nursing care, positive sense of life, life satisfaction, personal fulfillment, joy of life.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>RESUMEN</b>	iv
<b>ABSTRACT</b>	v
<b>INTRODUCCIÓN</b>	viii
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b>	11
A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
B. OBJETIVOS	15
C. ALCANCES Y LIMITACIONES	16
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	17
A. ANTECEDENTES	17
B. BASE TEÓRICA	20
C. HIPÓTESIS	76
D. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES	76
<b>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO</b>	79
A. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	79
B. PROCEDIMIENTO	80
C. DESCRIPCIÓN DEL LUGAR DE ESTUDIO	80
D. POBLACIÓN Y MUESTRA	80
E. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	83
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	89
A. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	89
B. DISCUSIÓN	112
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
A. CONCLUSIONES	123
B. RECOMENDACIONES	126
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	129
<b>ANEXOS</b>	139

## ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
TABLA 1	POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EDAD, SEXO Y ESTADO CIVIL, AREQUIPA 2020	90
TABLA 2	POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN CARACTERÍSTICAS LABORALES, AREQUIPA 2020	92
TABLA 3	POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN TIEMPO DE TRABAJO EN EL HOSPITAL Y EN EL SERVICIO, AREQUIPA 2020	94
TABLA 4	POBLACIÓN DE ESTUDIO POR SERVICIO SEGÚN SU PRINCIPAL MOTIVO DE FELICIDAD, AREQUIPA 2020	96
TABLA 5	POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN NIVEL DE FELICIDAD Y SUS DIMENSIONES, AREQUIPA 2020	97
TABLA 6	POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN NIVEL DE CUIDADO ENFERMERO Y SUS DIMENSIONES, AREQUIPA 2020	99
TABLA 7	POBLACIÓN DE ESTUDIO POR CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS SEGÚN NIVEL DE CUIDADO ENFERMERO, AREQUIPA 2020	101
TABLA 8	POBLACIÓN DE ESTUDIO POR CARACTERÍSTICAS LABORALES SEGÚN NIVEL DE CUIDADO ENFERMERO, AREQUIPA 2020	103
TABLA 9	POBLACIÓN DE ESTUDIO POR CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS SEGÚN NIVEL DE FELICIDAD, AREQUIPA 2020	106
TABLA 10	POBLACIÓN DE ESTUDIO POR CARACTERÍSTICAS LABORALES SEGÚN NIVEL DE FELICIDAD, AREQUIPA 2020	107
TABLA 11	REGRESIÓN LINEAL SIMPLE PARA EL CUIDADO ENFERMERO Y LA FELICIDAD EN EL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DEL HRHD, AREQUIPA 2020	110

## INTRODUCCIÓN

El cuidado enfermero se ha estudiado desde el enfoque de las necesidades, del entorno, desde el humanismo, el enfoque cultural o etnográfico, desde la promoción de la salud, el autocuidado, etc., sin embargo, estudiarlo desde la perspectiva de la felicidad, es decir, desde el enfoque eudemonista constituye una novedad. La felicidad se ha planteado como el fin máximo de todo ser humano desde los tiempos de Aristóteles, y ha formado parte de los planteamientos ético-filosóficos en cada época histórica. Científicamente se ha estudiado recién en la época contemporánea, principalmente con el auge de la psicología positiva de Seligman en Estados Unidos y con su importante desarrollo en el Perú, gracias al maestro Reynaldo Alarcón, recientemente desaparecido.

La felicidad del cuidado, como planteamiento teórico-científico, toma como base estos y otros antecedentes investigativos y los aplica a la enfermería. Es así como en esta investigación se pretende dar a conocer los niveles de felicidad de las enfermeras de los diferentes servicios de un hospital público de la ciudad de Arequipa, Perú. Asimismo, se propone demostrar si estos niveles de felicidad se relacionan con el cuidado que brindan las enfermeras, además de relacionarlos con otras características individuales, familiares y laborales.

En el capítulo I se plantea el problema de investigación que incluye el estado del arte de la felicidad y el cuidado enfermero, obtenido de fuentes de información científica publicadas en bases de datos de alta calidad, a saber: *Scopus*, *Web of Science*, *ScienceDirect* y *Ebsco* y *PubMed*, durante de los últimos 5 años. Se presenta la problemática de la felicidad y los aspectos que la relacionan con el cuidado enfermero. Se expone también el objetivo general, los objetivos específicos y la hipótesis de investigación.

En el capítulo II se desarrolla el marco teórico, subdividido en antecedentes investigativos y base teórica. En la primera parte se

exponen los estudios estrechamente relacionados con el tema de la felicidad y del cuidado enfermero, investigaciones realizadas en los últimos 5 años y publicadas tanto a nivel internacional, como nacional y local. En la base teórica se presenta el desarrollo de los conceptos esenciales sobre la felicidad, desde diversas perspectivas, incluyendo las filosófico-epistemológicas y científicas *strictu sensu*, con una aplicación teórica a la disciplina enfermera. Para el abordaje teórico-filosófico de la felicidad se recurre a fuentes históricas del pensamiento ético y metafísico que dan sustento a la perspectiva epistémica que se desea explicar. Se parte de los postulados aristotélicos de la felicidad como la finalidad suprema e individual de corte intelectual; se atraviesa por la postura latina de felicidad, *felix* en latín que significa fértil, productivo o que produce fruto; hasta las posturas contemporáneas que la describen como posible y duradera cuando se desarrolla en relación con los demás. Estas dos últimas posturas son las que abraza la presente investigación porque explican al cuidado enfermero como una actividad de interacción, generadora de felicidad en su mismo quehacer.

En cuanto a la perspectiva científica, se presenta una exposición detallada de las investigaciones sobre la felicidad en el campo de la enfermería y el cuidado alegre, la psicología positiva, las neurociencias cognitivas, la administración, la economía, dentro de las más relevantes. El desarrollo del cuidado enfermero se expone desde la perspectiva teórica, enlazando los postulados de Patricia Benner y el cuidado enfermero por dominios y competencias con la felicidad. Se cierra el capítulo con una propuesta metaparadigmática de la felicidad y el cuidado enfermero, la definición operacional de términos y el cuadro de operacionalización de variables.

En el capítulo III se presenta el marco metodológico, en el que se describe que el tipo y diseño de la investigación es descriptivo con diseño correlacional-causal, el procedimiento llevado a cabo, la descripción del Hospital Regional Honorio Delgado que fue el área de estudios, la

población de estudio, el cálculo del tamaño de la muestra y la fórmula para el muestreo probabilístico estratificado. Se exponen los métodos técnicos e instrumentos de recolección de datos, incluyendo su ficha técnica y los baremos de puntuación, así como los procedimientos estadísticos empleados, la prueba de normalidad para la elección de los estadísticos inferenciales paramétricos empleados.

En el capítulo IV se exponen los hallazgos de la investigación. Los datos descriptivos se exponen en tablas de frecuencias y porcentajes, con las medidas de tendencia central y de dispersión, allí donde sea necesaria su aplicación; en tablas de asociación con la prueba chi cuadrado para la relación entre las características sociodemográficas y laborales y las variables de estudio; mientras que a los resultados útiles para la prueba de hipótesis se aplicaron pruebas estadísticas como  $r$  de Pearson,  $t$  independiente, ANOVA de una vía, previa prueba de normalidad. Para demostrar la relación causal entre las variables se usó la regresión lineal. También se presenta un gráfico que permite la visualización de lo encontrado.

El capítulo V contiene las conclusiones y recomendaciones del estudio. En las primeras se expone de forma sintética los hallazgos de la investigación y en las segundas se proponen estrategias para optimizar el cuidado enfermero y elevar los niveles de felicidad en el personal del departamento de enfermería del hospital.

Por último, se dan a conocer las referencias bibliográficas y los anexos que contienen el consentimiento informado, los instrumentos validados y la carta de autorización para la ejecución del trabajo por parte de las autoridades respectivas del hospital en el que se realizó la investigación.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Las enfermeras representan el 59% del personal de salud a nivel mundial y constituyen la columna vertebral de los sistemas sanitarios estatales, según el informe acerca de la situación de la enfermería en el mundo, elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) el año 2020 (1). En aquel informe se destaca la importancia que tiene la enfermería por los cuidados vitales que requiere la población mundial, y declara la necesidad de seguir contando con su trabajo para aprovechar plenamente de su formación teórico-práctica (1).

A pesar de su importancia reconocida, existe un déficit de seis millones de enfermeras, según señaló el director de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, en una reciente videoconferencia sostenida con la presidenta del CIE, Annette Kennedy (2). Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la densidad del personal de enfermería varía según el país; así, por ejemplo, en Estados Unidos hay más de 111 enfermeras por cada 10 000 habitantes, mientras que en Canadá el número desciende a 106 por este mismo número poblacional (3). En cambio, en

países como el Perú se cuenta con tan solo 15,6 enfermeras por cada 10 000 peruanos. La ratio existente en Lima es de 17.5 enfermeras, mientras que en Arequipa es de 18,2 por cada 10 000 habitantes, según el último reporte oficial del Ministerio de Salud (MINSA) (4).

Las razones de este déficit de personal pueden atribuirse a las condiciones laborales inadecuadas por la sobrecarga de trabajo, el entorno laboral (5), las remuneraciones inadecuadas y el escaso reconocimiento institucional y social, que en su conjunto generan insatisfacción, ausentismo y deserción laboral en enfermería. Pero tal vez el factor más importante y poco valorado sea el nivel de felicidad que tienen las enfermeras al desarrollar su trabajo. En efecto, el ser enfermera implica, además de la búsqueda de un empleo y la realización de una actividad profesional, el compromiso con su profesión, el sentido que le da a su vida y la satisfacción de lo alcanzado gracias a ella (6).

Los bienes que permiten ser felices desde la convención social incluyen: una buena salud, un trabajo satisfactorio, una vida rica en afecto familiar y amical, la posibilidad de desarrollar las aficiones, una buena situación económica, bienestar psicológico y emocional (6). En el caso de enfermería, existen al menos tres factores que pueden afectar su felicidad, a saber: factores personales, familiares y laborales. En el primer grupo se encuentran el estrés crónico y el burnout como los más frecuentes. Brindar cuidado enfermero en efecto, exige ciertas cualidades personales no siempre presentes y que pueden menoscabar la salud de la enfermera porque generan un desgaste ocupacional, típico de profesiones de ayuda como la enfermería (7). Así, se habla no solo de estrés crónico, sino también de fatiga por compasión y desgaste por empatía en el personal de enfermería (8,9).

En cuanto a los factores familiares, se ha visto que puede generarse un conflicto trabajo-familia que afecta inversamente a la salud de la enfermera, principalmente en establecimientos de salud de alta dependencia (10). En el tercer grupo, se encuentra la carga laboral excesiva, la insatisfacción y

el clima laborales inadecuado que le generan malestar (11). Diversos estudios revelan que existen altos niveles de insatisfacción laboral relacionados con el estrés laboral (12) y afectación física en enfermeras (13). Asimismo, se ha señalado que la estabilidad laboral también afecta su satisfacción (14).

Queda claro que la enfermera cuida la persona, pero ¿quién cuida a la enfermera? (15). Esta última interrogante se ha formulado con frecuencia en diversos contextos debido a que gran parte de la atención se ha centrado siempre en el paciente y en poca medida en la enfermera, menos aún si se trata de indagar acerca de su felicidad. De hecho, las teorías y modelos de enfermería no le han prestado la importancia debida. La “Teoría bioética sinfonológica” de Gladys y James Husted tal vez sea la única excepción cuando señala que la salud es un elemento que se encuentra íntimamente ligado a la esfera vital de todo ser humano y que no solo implica la ausencia de la enfermedad sino a la legítima aspiración de ser feliz.

Según la postura de Husted, la felicidad consiste en plantearse objetivos realizables que cada uno se propone para su propia vida, con base en su libertad de elección (16). Siendo la enfermera la que brinda los cuidados, es menester preguntarse si está satisfecha con su trabajo y más aún, si es feliz cuidando. Diversos estudios han encontrado un déficit en la calidad de vida de las enfermeras relacionada con su trabajo (17,18), lo que ha incrementado su intención de abandonarlo (19,20).

Es plausible señalar que, así como el cuidado enfermero influye en la felicidad de la enfermera, la felicidad de esta última también repercute en el cuidado que brinda. Sin embargo, el estudio científico de la felicidad tuvo su inicio recién en el año 2006 (21), no obstante, el interés predominante que la psicología positiva de Martin Seligman le dio en 1990 (22). En el Perú el principal representante de esta corriente psicológica fue el doctor Reynaldo Alarcón y su psicología de la felicidad (23).

Según Laura Cottrell la felicidad en enfermería debería comprender atributos tales como un estado mental estable, persistente y duradero asociado con la virtud y el autocontrol (24). En el 2015 San Oskara señaló que para conceptualizar la felicidad en enfermería, se deben considerar factores personales (edad, género, estado civil, raza, cultura, nivel educativo), experiencia laboral (características del trabajo interactivo, interpersonal, ético, receptivo, educativo, cómodo, solidario, humano, calificado, seguro, confiable, solidario) y un ambiente de trabajo saludable (clima organizacional apropiado, comportamiento apropiado de los superiores, una política y un sistema administrativo eficientes, comunicación hábil, verdadera colaboración, toma de decisiones efectiva, personal apropiado, reconocimiento significativo, liderazgo auténtico, equidad de estatus, compartir un objetivo común y creación de un sentido de pertenencia respetuoso) (25).

En el Perú los estudios publicados señalan que las enfermeras manifiestan insatisfacción laboral entre un 50% (26) y un 74% (27). En Arequipa se encontró que la satisfacción laboral en enfermeras fluctúa entre el 18.05 y el 21.45%, encontrándose una correlación directa con los índices de felicidad (28). Según este estudio llevado a cabo en un importante hospital de la seguridad social de Arequipa, los índices de felicidad son mayores en enfermeras que trabajan bajo un régimen laboral estable, en comparación con aquellas que tienen contratos temporales de servicios, además la menor felicidad se relaciona con las condiciones físicas, materiales y de políticas administrativas insatisfactorias. No obstante, las enfermeras más felices fueron aquellas que refirieron mayor satisfacción con la labor de cuidado (28).

Por otro lado, el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa es una institución estatal de nivel III, que ofrece atención médica a toda la región sur del Perú desde 1960. Cuenta con un total de cinco áreas de atención, a saber: área ambulatoria, materno infantil, cirugía, área crítica, y medicina. Cuenta con 373 enfermeras distribuidas en los diferentes servicios. Su

situación laboral como es público y notorio se encuentra en desventaja con respecto al hospital de la seguridad social antes mencionado.

La motivación laboral de las enfermeras de este hospital ha sido media y baja en un 62,4% y 20,6% respectivamente; y en consecuencia su satisfacción laboral ha sido media en el 52,9% y baja en el 28,2% (29). Por estas razones, se considera que la felicidad en el personal de enfermería podría no ser el mejor. Sin embargo, Alberto Zuazua considera que la felicidad puede encontrarse en la satisfacción de ayudar al otro, de brindarle atención, no obstante, las dificultades presentes (6). Este aspecto podría ser reconducido a la naturaleza relacional del cuidado enfermero, que es posible gracias a la interacción enfermera paciente, a pesar de las condiciones poco adecuadas para su realización.

Si bien no se cuenta con una teoría de la “Felicidad del Cuidado”, la presente investigación podría ser la oportunidad para que a través de sus resultados se puedan sentar las bases hacia la construcción de un modelo teórico de la felicidad del cuidado enfermero. Esto contribuiría a comprender mejor el fenómeno del cuidado enfermero y sus beneficios. Por todo lo anterior, se considera importante responder a la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cómo influye el cuidado enfermero en la felicidad del personal del departamento de enfermería del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2020?**

## **B. OBJETIVOS**

### **1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar la influencia del cuidado enfermero en la felicidad del personal del departamento de enfermería del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2020.

## **2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 2.1.** Describir a la población de estudio según características sociodemográficas: edad, sexo y estado civil; y laborales: tipo de contrato, servicio donde trabaja y tiempo de trabajo en el hospital y en el servicio.
- 2.2.** Identificar el principal motivo de felicidad por servicio referido por el personal del departamento de enfermería del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2020.
- 2.3.** Precisar el nivel de felicidad y sus dimensiones en el personal del departamento de enfermería del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2020.
- 2.4.** Estimar el nivel de cuidado enfermero y sus dimensiones en el personal del departamento de enfermería del Hospital Regional III Honorio Delgado, Arequipa 2020.
- 2.5.** Relacionar las características sociodemográficas y laborales con el nivel de cuidado enfermero del personal de enfermería del Hospital Regional III Honorio Delgado, Arequipa 2020.
- 2.6.** Relacionar las características sociodemográficas y laborales con el nivel de felicidad del personal de enfermería del Hospital Regional III Honorio Delgado, Arequipa 2020.

## **C. ALCANCES Y LIMITACIONES**

### **1. ALCANCES**

Los resultados del presente estudio podrán ser generalizados a enfermeras que laboran en hospitales de nivel III.

### **2. LIMITACIONES**

No se registraron limitaciones.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### A. ANTECEDENTES

**Takeda y cols. (2020)**, efectuaron un estudio que buscó correlacionar la felicidad subjetiva y las actividades placenteras en enfermeras que trabajan en casas de reposo en Japón. Estudiaron 214 enfermeras con una edad promedio de 43 años. Sus resultados indican que una mayor felicidad subjetiva en el personal de enfermería se asoció con actividades más agradables en su lugar de trabajo, incluso encontraron que los índices de felicidad altos se relacionaron con el cuidado enfermero estresante. También encontraron correlación significativa entre la felicidad y sus estilos de vida satisfactorios. La experiencia laboral no se correlacionó con la felicidad y tampoco la felicidad fue un factor que favoreció la retención laboral (30).

**Javadi y cols. (2020)**, estudiaron la relación entre la felicidad y el agotamiento laboral en enfermeras de hospitales educativos en Irán. Ejecutaron un estudio descriptivo-correlacional en 344 enfermeras. Emplearon el inventario de felicidad de Oxford y el cuestionario de agotamiento laboral. Hallaron que más de la mitad de las enfermeras

tuvieron un alto score de felicidad. Los investigadores concibieron a la felicidad como un sentimiento positivo necesario para el trabajo de la enfermera. Finalmente, encontraron que existe correlación inversa entre el agotamiento laboral y la felicidad, así como también que el agotamiento predice en un 18.87% la disminución de la felicidad (31).

**Chang S. Han K, y Cho Y. (2020)** estudiaron la asociación entre la felicidad y la adaptación del entorno al Trabajo de Enfermería en hospitales de Corea del Sur. Se realizó un estudio descriptivo correlacional causal, en 220 enfermeras de cuatro hospitales coreanos. Emplearon un modelo de regresión lineal múltiple. Encontraron que las enfermeras que estaban satisfechas con su vida mostraban mayor propensión a exhibir niveles más altos de adaptación del trabajo a su propia persona, también conocido como *job crafting*. También encontraron que en aquellos ambientes laborales más rígidos o con menores posibilidades de adaptar el trabajo a los cuidados de enfermería, tales como centro quirúrgico, los niveles de felicidad eran menores y por ende se encontraban menos satisfechas con su vida (5).

**Duche A. y Rivera G. (2019)**, llevaron a cabo una investigación acerca de la satisfacción laboral y su relación con la felicidad en enfermeras de un hospital de la seguridad social de Arequipa, Perú. En este estudio de tipo descriptivo correlacional las investigadoras emplearon como instrumento la escala de felicidad de Lima de Reynaldo Alarcón. Los hallazgos demostraron que el índice de felicidad fue alto en la mayor parte de las enfermeras (90%), y demostraron que existe correlación entre el sentido de felicidad y su satisfacción laboral, evidenciado por el compañerismo y su deseo de alcanzar sus metas personales (28).

**Roya y cols. (2019)** efectuaron un estudio que se propuso correlacionar la felicidad y la autonomía profesional en enfermeras iraníes. Para tal fin realizaron un diseño correlacional en 371 enfermeras. Emplearon el inventario de felicidad de Oxford. Encontraron niveles altos de felicidad y niveles medios de autonomía profesional. Además, demostraron que existe

correlación positiva entre la felicidad y la autonomía profesional, es decir que a mayor autonomía mayores índices de felicidad, con una predicción del 23% de la varianza, es decir que la autonomía predice índices de felicidad en enfermeras en un 23% (32).

**Quintana y cols. (2019)** Realizaron la investigación acerca de las vivencias de las enfermeras y el impacto en su felicidad en Madrid, España. Su objetivo fue explorar estas vivencias en su ámbito profesional. Para ello desarrollaron un estudio con enfoque cualitativo, encontrando cuatro categorías de estudio, a saber: la definición de felicidad, la felicidad como profesión, los factores vinculados con esta última y sus perspectivas futuras. Dentro de los hallazgos relevantes destacan el hecho de que la felicidad en las enfermeras es más intensa cuando brindan cuidado a la persona, su trato cercano, y el control personal que tengan sobre su labor, siendo de menor valor el ámbito laboral donde se desempeñan. Concluyen que la infelicidad colectiva es la que aparece vinculada con factores estructurales y de gestión institucional (33)

**Khosrojerdi y cols. (2018)**, realizaron un estudio en el que buscaron predictores de la felicidad en enfermeras de Irán, cuyo objetivo fue evaluar la felicidad y sus factores de predicción. Se trata de un estudio transversal en 620 enfermeras que trabajaron en cinco hospitales de enseñanza afiliados a la Universidad de Ciencias Médicas de Kashan, Kashan, Irán. Se empleó un cuestionario de características ocupacionales, el Inventario de Felicidad de Oxford y el Cuestionario de felicidad de Minnesota. Encontraron que la media de su felicidad fue de  $123.4 \pm 18.4$  en el rango de puntuación posible entre 29 y 174 puntos. Los predictores significativos de la felicidad fueron la felicidad con la salud mental, el salario mensual, la felicidad con el salario, la calidad de vida, hospital actual, turno de trabajo, turno de trabajo, edad, felicidad en el trabajo y felicidad con la conducta y el desempeño de los médicos. Finalmente se encontró que las enfermeras tienen un nivel de felicidad moderada, la cual se ve afectada por diferentes factores, particularmente por la felicidad con su salud mental (34).

**Ballón M. (2018)**, realizó una investigación acerca del clima organizacional y la felicidad laboral percibida por las enfermeras en el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en Lima, Perú. Su objetivo fue determinar la relación entre ambas variables. Condujeron una investigación descriptiva correlacional, de corte transversal, en 119 enfermeras. Encontraron un nivel de felicidad medio en el 90.2% de las enfermeras (n= 83). La investigación concluye que existe relación significativa entre el clima organizacional y la felicidad laboral percibida por las enfermeras (35).

**Melgar y Castro (2017)** realizaron una investigación sobre la formación profesional y su relación con el cuidado enfermero en el Hospital Regional de Moquegua, Perú. Su objetivo fue determinar la relación entre la formación de las enfermeras y el cuidado que brindan desde la perspectiva de Patricia Benner. El instrumento usado para medir el cuidado fue la adaptación al español del “Domains of nursing care and key competencies”, de Neeraj Kak, del 2001, que obtuvo un alfa de Cronbach de 0.951, y que se usó en la presente investigación. Se trata de una investigación de tipo descriptiva, con diseño correlacional trasversal. En cuanto a los dominios del cuidado que dividieron en tres niveles (alto, promedio y bajo), sus resultados arrojaron que, en los ocho, las enfermeras mostraron niveles promedio (66.7%), mientras que fueron de nivel alto y bajo en el 2% respectivamente (36).

## **B. BASE TEÓRICA**

### **1. FELICIDAD**

#### **1.1. Concepto de felicidad**

En su primera acepción, el diccionario de la Real Academia Española define a la felicidad como un “estado de grata satisfacción espiritual y física (36). Se trata de una concepción estática e individual. También en ese sentido Umberto Galimberti define a la felicidad como “la condición de

bienestar de relevante intensidad caracterizada por ausencia de insatisfacción y del placer conectado a la realización de un deseo” (37). Una definición más reciente señala que la felicidad es un “estado de ánimo *individual* derivado de la percepción acerca de cuán plenamente satisfecho se encuentra respecto al logro de sus deseos (el subrayado es mío)” (38). En estas definiciones se aprecia con claridad la tendencia individualista de felicidad, cuya razón la encontramos originariamente en la concepción griega del término.

En efecto, la felicidad o “*eudaimonia*”, era entendida como un bien por los griegos. La raíz *eu* significa bueno o bien, y *daimon* demonio o genio, en referencia a una persona afortunada, o poseída por el carácter (*ethos*) proveniente de la buena suerte asignada por un Dios (39). Para Aristóteles la felicidad consiste en vivir bien y actuar con sentido y éxito (40). En su ética a Nicómaco, este filósofo señala que “absolutamente todo lo elegimos por causa de otra cosa, excepto la felicidad, porque ella es el fin” (41). En efecto, el ser humano tiende a buscar un sentido a su vida, porque la vida misma no lo tiene, y se es feliz si se vive bien y la vida está orientada hacia fines que se van consiguiendo (40). Esta búsqueda pretende encontrar un fin, pero no uno cualquiera, sino el fin supremo, a saber: la felicidad (42).

Al respecto, Jesús Mosterín aclara que “el bien de una acción es su fin. Pero el fin que buscamos es distinto en cada actividad y en cada técnica” (42). Así, hay fines intermedios que sirven como medio para buscar otros, y hay fines en sí mismos. Entonces, se puede afirmar que la felicidad desde el punto de vista aristotélico es el fin supremo. Si se aplica esta conceptualización a la enfermería, se podría afirmar que su fin es la salud de las personas, o su acompañamiento en las postrimerías de la vida; este fin se alcanzaría a través del cuidado enfermero. Entonces, desde esta perspectiva, el cuidado enfermero sería para la enfermera su fin supremo, vale decir, su felicidad. Dado que Aristóteles señala que el bien de cada cosa consiste en su función propia, en desarrollar una cierta actividad (42), y el cuidado enfermero, como se sabe, es una actividad compleja,

entonces, la felicidad presupone un hacer, materializado por la acción de cuidar o *caring*.

La noción de felicidad individual vista líneas arriba no parece ser la más apropiada para explicar su relación con el cuidado enfermero. Por ello, resulta pertinente traer a colación la crítica que el filósofo Nicolas Abbagnano realiza a la concepción aristotélica de felicidad, y que se ve reflejada en la siguiente definición: la felicidad, dice Abbagnano, es el “estado de satisfacción relativo a la propia situación en el mundo” (43). Se aprecia la amplitud del concepto, que trasciende a la felicidad individual aristotélica porque involucra al entorno. De hecho, los latinos compartían esta noción de felicidad también, al denominar, por ejemplo, *arbor felix* al árbol feliz, fecundo, o sea al que produce frutos (44,45). Al respecto, Mosterín señala que la felicidad no es solo bienestar, sino que hace falta la actividad enfocada hacia fines últimos que le dan sentido a la vida (40).

El cuidado es la felicidad de la enfermera, en tanto y en cuanto es acción, actividad, movimiento, pero no un movimiento sin sentido, sino que tiene una finalidad, la de procurar, como dice Florence Nightingale, poner a la persona en las mejores condiciones para que la naturaleza haga su trabajo (46). Entonces, el cuidado enfermero, no es una felicidad individual o egoísta, sino relacional, altruista, porque se materializa en su interacción con los demás. Esta actividad, como ha precisado Patricia Donahue, reúne tres elementos, a saber: el intelectual, representado por el cerebro, es decir la ciencia; el humanismo, representado por el corazón; y la técnica, representado por las manos (47).

Como si no bastase lo antes señalado, es necesario incluir a la vocación. El filósofo español Don José Ortega y Gasset, ha expresado este elemento como sigue: “todo ser es feliz cuando cumple su destino es decir cuando sigue la pendiente de su inclinación, de su esencial necesidad, cuando se realiza, cuando está haciendo lo que en verdad es. Por esta razón, decía Schlegel, invirtiendo la relación entre voluptuosidad y destino: para lo que nos gusta tenemos genio. El genio, es decir, el don superlativo de un ser

para hacer algo, tiene siempre a la par una fisonomía de supremo placer. En día próximo y por vía de rebosante evidencia nos vamos a ver sorprendidos, como obligados a descubrir lo que ahora sólo aparecerá una frase: que el destino de cada cual es a la vez su mayor delicia” (48).

Es decir que la felicidad es realizarse y la realización es una actividad que satisface, que llena, que gusta y para la cual se tiene genio, es decir carácter (ethos), dominio, en síntesis, vocación. Por contrapartida, lo que no gusta, no puede producir felicidad. Por ello se puede considerar al cuidado como una actividad vocacional que produce felicidad.

En síntesis, se puede afirmar que el cuidado enfermero consiste en un hacer altruista, es decir, en brindar cuidado a la persona, para conservar su salud, recuperarla si la ha perdido o *in extremis* para acompañarla en sus postrimerías, o sea que trasciende la salud. Este hacer denominado cuidado se extiende a la familia y a la comunidad, así como al entorno de la persona. El cuidado enfermero es, por tanto, la razón de ser de la enfermera, su compromiso, involucramiento, entrega y por ello mismo su felicidad. El cuidado puede entenderse como una actividad relacional compleja ejercida por la enfermera, que reúne ciencia, humanismo y técnica al servicio de los demás y que produce siempre fruto, y que trasciende la salud.

### **1.1. Definición de felicidad**

Para la presente investigación se partirá de la definición de felicidad elaborada por el ilustre psicólogo peruano Reynaldo Alarcón, entre otras razones porque se ha empleado su instrumento de medición de la felicidad (23). No obstante, la presente investigación se propone elaborar también su propia definición de felicidad en relación con el cuidado y por ello se presentará una crítica ulterior a la definición de este autor.

Dice Alarcón que la felicidad es aquel estado afectivo que produce plena satisfacción experimentada por la persona cuando se encuentra en posesión de un bien anhelado (49). En esta definición se aprecia que la

idea de felicidad de Alarcón es estática, al señalar que se trata de un estado; para este trabajo, en cambio, la concepción de felicidad es dinámica, porque se concentra en una relación intersubjetiva, esto es, la relación de cuidado. Alarcón, no obstante, distingue cinco propiedades de lo que él denomina “conducta feliz”, a saber:

**a) La felicidad como sentimiento:**

Al provenir de la vida interior, la felicidad es relatada por el sujeto como vivencia satisfactoria individual (49). Para la presente investigación el término vivencia es sustancial para entender la felicidad, y merece la pena ser explicado. El deverbial de vivir es vivencia. El Diccionario de la Real Academia Española (DRAE) define, al vocablo vivencia como aquella experiencia que el sujeto tiene de algo, y en su segunda acepción dice que vivencia constituye el hecho de vivir algo (50).

Según el prestigioso polígrafo peruano Marco Aurelio Denegri, la definición del DRAE es sumamente pobre y equívoca, y enseguida se explica el porqué. Se trata de un término acuñado por el filósofo español, Don José Ortega y Gasset, que tradujo de la palabra alemana “*Erlebnis*”, creada a su vez por el filósofo alemán Wilhem Dilthey, quien explicó que vivencia es una “experiencia única, intransferible, íntima e intensa que contribuye a modificar el carácter y la personalidad del sujeto. En cambio, la sola experiencia de algo tiene un carácter cognoscitivo, intelectual, mas no íntimo, personal (51). Dice Ortega, a propósito del concepto de sensación: “vivencia es todo aquello que llega a mi yo y que pasa a formar parte de él de forma inmediata” (52).

En efecto, no es lo mismo estudiar un procedimiento de enfermería, que ejecutarlo repetidas veces en un ambiente hospitalario a personas hospitalizadas. En el primer caso se trata de una experiencia cognoscitiva, y en el segundo de una vivencia.

En su significado primigenio, vivencia significaría “experiencia viviente” o “experiencia vivida” o como señaló Husserl “experiencia consciente” es

decir intencional (43). Sin embargo, el padre de la fenomenología precisa que la vivencia es el flujo de lo vivido que va más allá de la mera cogitación de lo que se vive, sino que incluye a la serie de momentos reales que forman parte de ese flujo vivencial (53).

Por ello se puede incluir a los sentimientos, porque se trata de una especie de emoción consciente y enfocada de lo que se está viviendo en el presente, de forma conjunta y no fragmentaria. Esta vivencia le da un carácter de duradero al momento vivido. Gran parte de las vivencias humanas incluyen a otras personas que dejarán huellas imborrables en la memoria.

Como se dijo líneas arriba, la concepción de Reynaldo Alarcón es de una felicidad individual, que se aparta un poco de la relación intersubjetiva. Para la presente investigación, la felicidad, como se puede ir viendo, tiene un fuerte componente interpersonal, es decir que, surge de una relación generada por el cuidado enfermero, y provoca en consecuencia sentimientos de felicidad en el sujeto que cuida.

#### **b) La felicidad como un estado de la conducta:**

La felicidad no es un rasgo heredado, sino que se alcanza luego del nacimiento y, por lo tanto, se puede aprender a ser feliz. La felicidad, no obstante, tiene permanencia relativa en el tiempo (49). Al respecto, el genetista David Lykken, de la universidad de Minnesota, encontró en 1996 que la felicidad se explicaba genéticamente en un porcentaje que fluctuaba entre el 44% y el 52% (54). Luego este porcentaje fue ajustado a un 36% por el mismo investigador, tal como señala el neurocientífico Facundo Manes (55).

Lo anterior significa que, el ser humano tiene un amplio margen para modificar sus niveles de felicidad tanto en sentido positivo como en sentido inverso. Manejar adecuadamente las emociones y sentimientos, trazarse metas claras, trabajar con actitud positiva, optimizar las relaciones

interpersonales, y crear espacios de sana convivencia pueden elevar los niveles de felicidad y en consecuencia de la calidad de vida.

**c) La felicidad como posesionaria de un bien:**

Según esta concepción solo es posible ser feliz en tanto y en cuanto se posea el bien objeto de deseo o anhelo (49). Con esta afirmación, se revela la necesidad de poseer un bien, material o inmaterial deseado. Al respecto, Fernando Savater hace notar que los problemas relativos al deseo por los bienes generadores de la felicidad surgen porque interviene la imaginación que, por su infinitud, es insaciable, generando el efecto paradójico de la infelicidad (57). En este punto, la propuesta de esta investigación se enfoca no tanto en la posesión de bienes para lograr la felicidad, sino más bien en la producción de estos, a través de su actuar intencionado, esto es, con el cuidado enfermero. Tal como enseñó Florence Nightingale, el cuidado consiste en poner a la persona en las mejores condiciones para que la naturaleza haga su trabajo (46). Esta finalidad sería el bien que persigue la enfermera al cuidar. En efecto, el cuidado busca no solo optimizar las condiciones de salud de las personas, sino que también acompaña al buen morir.

**d) El bien o bienes que generan la felicidad son de diversa naturaleza:**

Alarcón precisa que puede tratarse de un bien material, ético, estético, psicológico, social, religioso, etc. a los cuales el individuo les otorga un cierto valor positivo, que los hace deseables (49). En esa medida, no todos los bienes tendrían el mismo valor, sino que dependería del sujeto, por ello la felicidad dependería del aspecto valorativo que los sujetos le otorguen a los bienes. La crítica que se puede hacer en este punto sería conceptual. En efecto, Alarcón señala que el individuo le otorga valor a cierto bien o bienes preexistentes; sin embargo, de acuerdo con la teoría de valores del eminente filósofo alemán Max Scheler, los bienes son tales solo si se les da cierto valor (56).

Como explica el filósofo argentino Alberto Buela, las cosas a las que alguien les da algún valor dejan de ser cosas y se convierten en bienes (57). Este punto, no hace sino reforzar la concepción materialista de la felicidad que tiene Alarcón, y que se aleja de la idea principal del presente trabajo, puesto que la felicidad del cuidado se produce en sintonía con su puesta en marcha, esto es, con su ejecución. Además, emerge la idea de Alarcón de una felicidad como aquel deseo de cosas a las que el sujeto les asigna un valor. Está claro que la felicidad del cuidado no coincide con esta visión porque no se centra en las cosas sino en las acciones, no en los bienes, sino en el servicio.

**e) La felicidad colectiva es una aspiración de carácter hipotético:**

Según Alarcón, podría darse en algunas “socioculturas” (sic) la coincidencia entre el deseo individual y colectivo de este bien o bienes motivo de felicidad (49). En este aspecto, la idea de felicidad individual se ve reforzada por ese carácter probable mas no realizado de una felicidad colectiva. En la presente investigación no se comparte esta idea de Alarcón, por el contrario, se coincide con el psicólogo italiano Paolo Legrenzi, para quien la idea de felicidad individual tiene un fuerte sesgo anglosajón, con un trasfondo económico liberalista propio de la post segunda guerra mundial (58).

Para este trabajo, la felicidad se concibe dentro del cuidado enfermero como un producto de la interacción entre sujetos, es decir, que se trata del resultado de una actividad relacional y no puramente individual. En efecto, tal como señala Seligman, la propia positividad se incrementa mediante la puesta en práctica de ciertos potenciales personales altruistas, como son: la cordialidad, la generosidad, la capacidad de colaborar con los demás, inteligencia social, etc. y que serán explicados más adelante (22).

**1.2. Contexto de la felicidad**

Los avances científicos y tecnológicos han permitido alcanzar condiciones de vida nunca vistas. El desarrollo de las ciencias médicas ha posibilitado reducir de manera significativa y combatir eficazmente las enfermedades

que agobiaron al ser humano. En un mundo globalizado, las condiciones económicas también han mejorado. A pesar del incremento de la desigualdad en las sociedades, denunciada por economistas de la talla del premio nobel Joseph Stiglitz (59); la pobreza se ha reducido de manera sustancial. Según datos del Banco Mundial “casi 1100 millones de personas menos viven en la pobreza, en comparación con 1990. En 2015 había 736 millones de personas que vivían con menos de USD 1,90 al día, cifra inferior a los 1850 millones de 1990” (60).

En el Perú, la situación es similar. No obstante haberse elevado en un punto porcentual el 2018, la pobreza ha tenido un descenso sostenido desde el 2006 con un 49.1% hasta un 21.7% en el 2017, según datos del INEI (61). Los efectos positivos de estos indicadores nos permiten reflexionar sobre uno de los aspectos esenciales que componen la vida del ser humano, esto es, la necesidad de ser felices. Si bien la mejora económica es una premisa para la salud, se puede afirmar lo enunciado contenido en el título del libro del economista Leonardo Becchetti: “El dinero no hace la felicidad” (62).

En efecto, el dinero vendría a ser un medio para alcanzar un valor mayor, la salud, por ejemplo, lo cual a su vez nos lleva a buscar otros bienes superiores como la felicidad. La salud nos permite desarrollar un trabajo, y este a su vez el desarrollo de nuestra familia gracias a los ingresos económicos generados. No obstante, de acuerdo con Aristóteles en su ética a Nicómaco, el bien supremo del ser humano, que no es prerrequisito de otra cosa, es la felicidad (42). No está demás decir, empero, que es muy difícil hablar de felicidad desde la extrema pobreza.

Daniel Kahneman, premio nobel en economía, ha demostrado que existe una gran diferencia entre la felicidad experimentada y la satisfacción con la vida. Cuando se le pregunta a alguien de Latinoamérica si es feliz, responde inmediatamente que sí. Lo contrario sucede en países nórdicos como Suecia y Noruega. En cambio, si se les dice a las mismas personas que antes de responder a esa pregunta, evalúen su vida, sus sistemas sanitarios, educativos y las oportunidades que les ofrecen sus propios

países, la respuesta, como es de esperar se invierte (63). El dinero, probablemente no sea la felicidad, pero constituye un prerrequisito para empezar a hablar de ella. Estando con Maslow, las necesidades fisiológicas no satisfechas, como alimentarse, vestirse, etc. no permiten siquiera pensar en la autorrealización de la persona (64).

### 1.3. Elementos temporales de la felicidad

La felicidad tal como se plantea en la presente investigación, es decir en el marco del cuidado enfermero, no puede ser individual, ni finalista, ni únicamente placentera o hedonista. La felicidad es una actividad altruista, relacional y productiva. Pero si se desea comprender su alcance, es necesario estudiar sus elementos temporales, de la mano del padre de la psicología positiva Martin Seligman. La felicidad tiene un pasado, un presente y un futuro, a saber:

- Al pasado de la felicidad le corresponde la satisfacción con su vida.
- Al presente la alegría, la esperanza, el entusiasmo y el placer.
- Al futuro le toca el optimismo.

**Gráfico 1. La felicidad en el tiempo**



Fuente: Seligman (22), elaboración propia

En ese entender, la felicidad para la enfermera sería satisfactoria, alegre o entusiasta y optimista, es decir que la felicidad no es un estado de ánimo solamente, ni es un momento en el devenir del ser, como se suele pensar, sino que incluye un conjunto de sentimientos y emociones presentes, pasados y futuros. Por estas razones, el premio nobel en economía, Daniel Kahneman, encontró que cuando se pregunta a la gente si es feliz la

respuesta inmediata suele corresponder a los sentimientos o emociones del momento en que se hace la pregunta, pero si se les solicita un análisis retrospectivo de su vida y de las condiciones de su entorno, las respuestas suelen variar sorprendentemente, incluso con la inversión de las respuestas iniciales (63).

#### **1.4. Categorización de la felicidad**

Según Martín Seligman la felicidad puede dividirse en dos macro categorías, a saber: los placeres y las gratificaciones (65).

##### **1.4.1. Los placeres**

Corresponden a un estado emocional directo sin intervención del pensamiento y cuya causa se reconduce a actividades agradables como una buena cena, una salida al cine, o disfrutar con amigos en una reunión. Este autor, en esta macro categoría se ubicarían los placeres físicos relativos a la estimulación de los cinco sentidos, Tales como escuchar una buena canción, degustar un plato de comida, etc. En esta clasificación se incluye también a los placeres superiores en los que interviene un mínimo de elaboración cognitiva, como por ejemplo compartir con las amistades o ganar en algún deporte (22).

Podría pensarse que la filosofía epicúrea se encuentra en esta categoría. No obstante, como señala Fernando Savater, Epicuro valora los placeres en reposo, es decir, valora el placer que viene después de la satisfacción del deseo y no antes o durante estos. Desde la perspectiva del filósofo de San Sebastián, España, el problema que traería la categoría de los placeres es la intervención de la imaginación, porque, mientras sean satisfechas las necesidades corporales, no habrá más que el agradecimiento como resultado, porque son necesidades concretas. En cambio, si interviene la imaginación, esta nunca quedará satisfecha, siempre estará deseando más, infinitamente más, porque es inconcreta (66). Ello explica la ambición incontrolable presente en el ser humano, que incluso cuando ha logrado satisfacer sus deseos, paradójicamente se siente infeliz, porque desea siempre más.

### 1.4.2. Las gratificaciones

A diferencia de los placeres, las gratificaciones apuntan a las cualidades y potencialidades individuales subjetivas. Según Seligman estas forman parte de un sentimiento mucho más totalizante y menos vinculado al inmediato momento, porque hacen referencia a una elaboración cognitiva de lo que nos rodea. En esta categoría se ubica aquel grupo de sensaciones que hacen sentir bien al sujeto en el momento mismo en que colabora o ayuda a alguien que se encuentra necesitado o con dificultades (22).

Las gratificaciones contienen componentes psicológicos relacionados con actividades percibidas como desafíos, los que requieren de habilidades y concentración por parte del sujeto. Durante la ejecución de estas actividades se recibe un *feedback* inmediato en relación con el resultado, lo que hace que este se sienta profundamente involucrado. Contrariamente a los placeres, las gratificaciones producen una sensación de felicidad duradera y estable, implican más pensamientos e interpretaciones, no se convierten en hábitos fácilmente y se manifiestan mediante emociones positivas que favorecen un equilibrio psíquico con un componente placentero individual, pero sobre todo porque revelan una buena relación con el entorno (65).

En esta categoría se podría ubicar al cuidado enfermero, dado que para su ejecución se requiere de esfuerzo concentración e involucramiento. Este último término constituye el pilar fundamental para conceptualizar la felicidad del cuidado, porque hace referencia a una actividad que requiere la máxima atención, precisión, dedicación y esfuerzo por parte de quien la ejecuta, es decir la enfermera. La gratificación producida por el cuidado brindado conlleva a un bienestar tanto de quién lo brinda, la enfermera, como de quién lo recibe, la persona, familia o comunidad. No obstante, Seligman resalta que las personas felices son aquellas capaces de instaurar y mantener vivo en el tiempo un mayor número de vínculos con las personas, en relación con aquellas que no los tienen.

Las emociones positivas, señala Seligman, se vinculan a un mayor grado de altruismo y gestos filantrópicos, tales como el ser más atentos, abiertos y sensibles con el mundo circundante, lo cual lleva a darse cuenta con mayor eficacia de quienes se encuentran con dificultades o que necesitan ayuda dada su situación de malestar. Concluye afirmando que aliviar las fatigas de los demás aumenta el nivel de bienestar general y permite como consecuencia de ello elevar el nivel de felicidad de ambas partes (67). El cuidado enfermero al ser una actividad relacional se ubicaría en esta categoría.

### **1.5. Medición de la felicidad**

Para medir la felicidad se la define como el grado con que una persona aprecia la totalidad de su vida presente de forma positiva y experimenta afectos de tipo placentero (68), con esta definición puede hacerse medible esta variable psicológica. De hecho, en el informe sobre la felicidad realizado por las Naciones Unidas, el Índice Mundial de la Felicidad (IMF) correspondiente al año 2019 fue medido a un total de 156 países a nivel mundial. Finlandia se ubica en el primer lugar, seguido de Dinamarca, Noruega, Islandia, los Países Bajos, suiza, Suecia y Nueva Zelanda (69).

En Latinoamérica, México se encuentra en el puesto 23º, Chile el 26º, Brasil el 32º, Colombia el 43º, Bolivia el 61º y Perú se ubica en el puesto 65º (69). De lo anterior se pueden extraer al menos dos ideas: la primera es que el Perú es un país poco feliz, tal vez debido a problemas relativos al mal manejo estatal: la corrupción en el sector político, la economía mal gestionada, la deficiente educación, un sector salud incipiente y los altos índices delincuenciales. La segunda es que la felicidad puede cuantificarse y de hecho se mide.

El índice antes presentado, corresponde a la encuesta realizada por las Naciones Unidas; que a su vez utilizan los datos de la Encuesta Mundial de Gallup en la que se solicita a los encuestados den una puntuación a su vida en una escala que va de cero a diez, donde la ausencia de valor

corresponde a la peor vida posible y el máximo valor a la mejor (70). Asimismo, se consideran seis factores, a saber: los niveles del PBI, la esperanza de vida, la generosidad, el apoyo social, la libertad y la corrupción que se comparan con los índices de un país utópico muy infeliz al cual han denominado “Dystopia” (71).

Según Zuazua, existe un amplio abanico de expresiones que denotan felicidad como alegría, placer, paz, contento, bienestar, éxtasis. Para el psicólogo Daniel Kahneman, premio nobel en economía: “La felicidad experimentada y la felicidad con la vida vienen en gran medida determinadas por la genética del temperamento” (63), es decir que tiene un importante componente subjetivo. Tal vez ello explique porque muchos peruanos, a pesar de las pésimas condiciones en las que viven, manifiestan ser felices. Por estas razones, para la medición de la felicidad se pueden incluir diversos factores, señalados a continuación:

## **1.6. La relación entre lo afectivo y lo cognitivo**

Los sujetos se interrogan o reflexionan acerca de cómo están y como se sienten en relación con su felicidad. Este tipo de relación de tipo cognitivo-afectiva puede asumir diversas formas, destacando cuatro, según De la Fuente, Pantigoso y Torres:

### **1.6.1. Comparación con el pasado**

Esta operación consiste en realizar evaluaciones comparativas entre el estado actual del sujeto y su pasado para determinar si hubo una mejora, un estancamiento o un empeoramiento, lo cual genera una sensación de progreso o no (38). Cada vez que se piensa en el propio pasado, en las dificultades afrontadas y en las vivencias adquiridas, permite no solo realizar un balance de todo lo vivido y alcanzado, sino también experimentar sentimientos de complacencia, serenidad y satisfacción.

### **1.6.2. Comparación con los demás**

Esta operación le permite al sujeto evaluar su avance o estancamiento en relación con sus pares o con otras personas. Muchas veces este tipo de

comparación genera frustración cuando se reconoce que se ha sido superado, aunque a veces puede servir de acicate (38). Si bien, es una práctica inevitable, en un mundo competitivo como el que se vive actualmente; la comparación con otras personas debería evitarse para no generar sentimientos y emociones negativas, porque como dice la estrofa de desiderata: “siempre habrá mejores y peores que uno”.

### **1.6.3. Vivenciar el aquí y el ahora**

Corresponde al involucramiento total en las actividades presentes (38). Esta operación corresponde a la teoría denominada “Flow” o fluir, que fue desarrollada por el psicólogo Mihaly Csikszentmihalyi. Según su postura cuando una persona se concentra en una actividad al punto tal de quedar absorto en ella, la disfruta plenamente y tiene sentimientos placenteros (72). Mas adelante en este trabajo se expondrá con mayor detalle esta teoría.

Las investigaciones desarrolladas por Elizabeth Blackburn, premio nobel en medicina, han corroborado estas afirmaciones. En efecto, en sus indagaciones encontró que son más felices las personas que se involucran en las actividades que realizan, mientras que son infelices aquellas que tienen la “mente errante”, es decir que cuando ejecutan alguna actividad rutinaria, se encuentran pensando en otra cosa, o desearían estar en otro lugar. Asimismo, encontró que el uso de la tecnología empleada para la distracción, como las redes sociales, por ejemplo, se relacionan con mayores índices de infelicidad (73). En otras palabras, concentrarse o involucrarse plenamente en lo que se hace genera mayor felicidad.

## **1.7. Enfoques de la felicidad**

### **1.7.1. Enfoque histórico**

La felicidad es un sentimiento que ha acompañado al ser humano a lo largo de su historia. Se la ha entendido como un augurio, o una expectativa, pero también como la esperanza en algo que deberá realizarse y que en cierta medida está previsto. Estos conceptos reemergen frecuentemente en el curso del tiempo envolviendo culturas y pueblos muy diferentes entre sí, y

que imprimen nuevos significados a partir de sus diferentes contextos sociales económicos o políticos. Muchas cuestiones referidas a la felicidad reaparecen a través de los siglos y permiten vislumbrar un hilo conductor que llega hasta la contemporaneidad. Tal como señala Antonio Trampus, aún hoy se hace la pregunta si es moral ser feliz, si la felicidad es privada e individual o pública (44).

La cultura en la edad moderna se ha puesto un objetivo ulterior buscando transformar el sueño de la felicidad en realidad política o al menos crear las oportunidades para que esto suceda. Ya en 1755, mucho antes del nacimiento de los Estados Unidos de América, el pueblo de Córcega se había rebelado contra el dominio de la República de Génova declarando querer construir la felicidad de las naciones (39).

Veinte años después, los colonos americanos elaboraron una lista para la búsqueda de la felicidad entre los derechos naturales e inalienables del hombre, junto con la vida y la libertad. En Italia vienen seguidos por el príncipe Pietro Leopoldo que en 1779 escribe un proyecto de Constitución para la Toscana, proponiéndose garantizar la felicidad de cada miembro de la sociedad. Los revolucionarios franceses después de 1789 pensaron haber finalmente conquistado la felicidad y lo subrayaron en sus constituciones. Aún hoy se puede encontrar el derecho a la búsqueda de la felicidad *express* (44).

### **1.7.2. Enfoque Psicológico**

#### **a) La psicología positiva de Martin Seligman y la fórmula de la felicidad:**

Propuesta y desarrollada por este autor, se propone desarrollar el estudio del bienestar de la persona y de los recursos que contribuyen a su logro. La originalidad de este enfoque radica en la atención que Seligman pone en las emociones y sentimientos positivos del sujeto, conducentes a su bienestar subjetivo. En una tradición psicológica orientada a la patología mental, el enfoque positivo propuesto por Seligman resulta cuanto menos revolucionario para esta ciencia, desde la perspectiva paradigmática de

Thomas Kuhn. Centrarse en el bienestar subjetivo, intentando dar respuesta a interrogantes tales como ¿por qué tenemos emociones positivas?, si ¿es posible incrementarlas? o ¿quiénes experimentan más felicidad?, son solo algunas interrogantes que Seligman se propuso indagar (22). La psicología positiva muestra que, para ser percibida como real y sensata, la felicidad tiene que estar conectada a una manera propia de ser y de sentir. En base a esta concepción, Seligman ha propuesto la fórmula de la felicidad. Este autor propuso una fórmula que busca sintetizar los elementos que determinan la felicidad del sujeto. En ella se distinguen dos constantes y una variable que sumadas dan como resultado el índice de felicidad, que se presenta a continuación:

$$\mathbf{H = S + C + V}$$

En donde **H** significa felicidad duradera (en inglés *Happiness*); **S** está por rango establecido (*set range*), que hace referencia al patrimonio genético de cada uno; **C** por circunstancias o condiciones de vida (*circumstances*); y por último **V** que significa voluntad o control del sujeto (*voluntary actions*). De acuerdo con esta fórmula, el nivel de felicidad de cada individuo puede elevarse, dado que se trata de un rasgo de positividad y no de un estado de carácter fijo (65,23).

En una lectura en clave biológica, las constantes S y C podrían identificarse la primera con el genotipo y la segunda con el fenotipo. Se entiende por genotipo a la composición genética de un organismo, o genoma; que contiene la información hereditaria (75), muy poco modificable luego del nacimiento (la epigenética explica esta posible modificabilidad). El fenotipo, por su parte, es el conjunto de características observables del sujeto, que surgen producto de la interacción entre la expresión del genotipo y el entorno o ambiente circundante (76). En este punto se puede aclarar que la identificación de la variable C, relativa a las circunstancias, encuentra sentido en el sujeto por la incidencia directa que tiene en su comportamiento, tal como lo ha aclarado la etología (77).

## **b) La felicidad como flujo (Flow):**

Mihaly Csikszentmihalyi ha estudiado el fenómeno de la felicidad desde sus procesos subjetivos, y ha precisado los elementos que constituyen, por así decirlo, el momento feliz. Luego de estudiar a muchos artistas y personas de gran talento, este investigador evidenció que todas ellas manifestaban un enfrascamiento durante sus actividades, una especie de desconexión del mundo, equiparable con un flujo continuo de corriente, un estado de ensimismamiento y de concentración que se vive como una experiencia muy intensa durante la realización de una actividad como pintar, escribir, etc. (72).

Este efecto "Flow" ocurre cuando se percibe una realidad desafiante, que requiere el despliegue de ciertas habilidades del sujeto, con pleno uso de su libertad y creatividad (78). Para fluir es necesario estar enfocado y absorto en la actividad desarrollada, concentrado en ella, en una dimensión temporal distinta a la del mundo circundante (79). Por esta razón, quienes describían esta sensación, señalaban que el tiempo parecía haber volado.

La experiencia del flujo se ha descrito también como el equilibrio que se da entre los desafíos y las habilidades que uno puede poner en marcha para enfrentarlos. Cuando este equilibrio se inclina para el lado de los desafíos, estos se vuelven insuperables y desbordan las posibilidades del sujeto para afrontarlos, entonces entra en ansiedad. Es el caso de los aprendices de alguna profesión u oficio, quienes al no tener el control de la situación están frustrados, estresados y ansiosos (72,79).

Por el contrario, si la balanza se inclina para el lado de las habilidades, es decir, si la actividad no representa ya un reto para el individuo, entonces cae en el tedio o aburrimiento, por causa de la rutina. En este punto también es frecuente la apatía, el desánimo y el estrés. Como señala la investigadora Sonja Lyubomirskaya el Flow consiste en enfrascarse totalmente con las actividades realizadas, pero para ello hace falta estar muy atento, es decir, tener el tiempo necesario (79).

### **- Pasos para ingresar al proceso de flujo:**

Según el creador de esta teoría, los pasos clave para ingresar al proceso de flujo o felicidad son los siguientes:

- Proponerse una meta u objetivo general, así como unas metas u objetivos específicos realistas, esto es, alcanzables. No deben desbordar nuestras posibilidades materiales de ejecución. (72).
- Medir el progreso y sus resultados parciales, es decir, el alcance de objetivos general y específicos.
- Aplicar la máxima concentración posible, que permita enfocarse en las actividades que se van realizando, distinguiéndolas con precisión de los desafíos que se presenten. Esta distinción permite el mejor aprendizaje de la experiencia.
- Fomentar el desarrollo de habilidades útiles a la interacción y aprovechamiento de las oportunidades que surjan en el momento.
- Incrementar el nivel de complejidad de la actividad si se ha llegado a dominarla y nos causa aburrimiento.

Según Csikszentmihalyi, las actividades que pueden generar el flujo son dos, a saber: el trabajo y el ocio. En cuanto a este último, señala el autor que, dado que son actividades puramente placenteras, y que revisten poco o nulo esfuerzo o “energía psíquica” por parte del sujeto, las gratificaciones y la felicidad son menos duraderas con respecto a las actividades laborales. En cuanto a estas actividades, afirma el autor que el trabajo que requiere grandes dosis de habilidades por parte de la persona, con una dosis de libertad en la toma de decisiones, puede generar un flujo intenso (72).

### **- Fluir como equilibrio entre el aburrimiento y la frustración:**

Se ha señalado que la vida buena, es decir la vida feliz, consiste en experimentar el flujo mientras se hace una actividad, esto es, estar completamente absorto en lo que se hace (79). La teoría del flujo afirma que se puede experimentar esta intensidad prácticamente en cualquier actividad que se realice, basta con enfocarse en ella, gozar de cierta libertad para hacerla, es decir tener cierto control sobre ella, y en ese marco libertario dejar correr la creatividad para superar las dificultades eventuales

que surjan o encontrar posibilidades de optimización allá donde no las hay. Sin embargo, esta actividad debe constituir un desafío para la persona que la ejecuta, no obstante, si la actividad se convierte en rutinaria, por ser reiterativa, entonces, devendría en tediosa o aburrida y generadora de estrés (79). En efecto, y tal como se ha expuesto en este trabajo, el cerebro humano tiende a la rutinización de las actividades (80), como estrategia para ahorrar tiempo y energía, tal vez previsoramente, para enfrentar nuevos retos o los mismos, pero con algún grado de complejidad mayor. Una actividad tan sencilla, rutinaria y monótona como caminar, por ejemplo, puede pasar de ser una actividad aburrida a fluir si le asignamos una meta, como puede ser la de reducir unos kilos, por mencionar una.

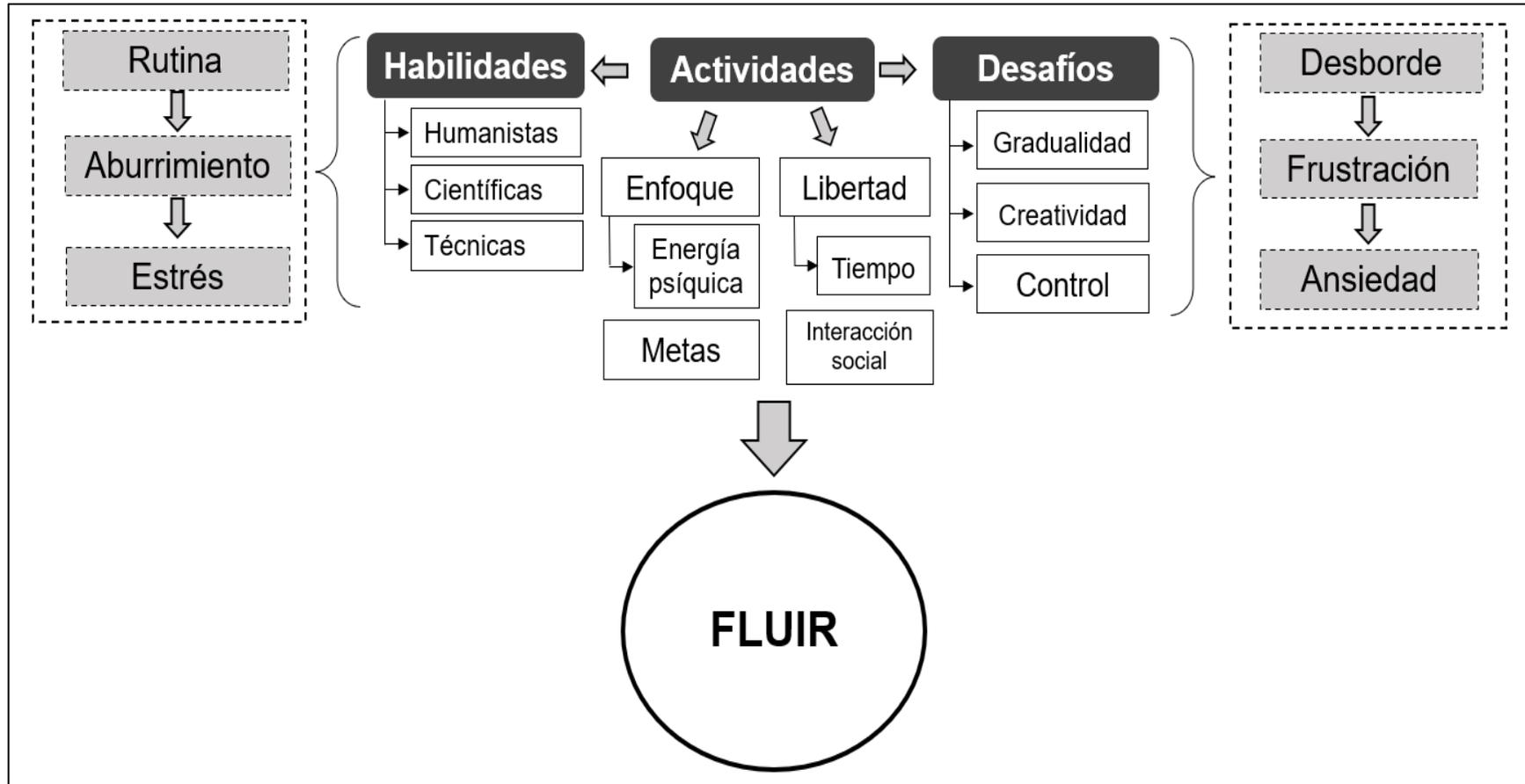
Por el contrario, si el desafío que plantea la actividad es excesivo y supera las posibilidades reales para llevarla a cabo, entonces puede provocar ansiedad y frustración. Para evitar esta situación se requiere poseer suficientes habilidades y atender a las competencias que cada uno posee o que están comprendidas dentro de su profesión u oficio. En el gráfico 2 se expone la aplicación de estos elementos a actividades que permiten el flujo como, por ejemplo, el cuidado enfermero.

### **1.7.3. Enfoque espiritual**

En la tradición cristiana el término beatitud es el que mejor se adapta al de felicidad, si bien lo supera. En efecto, la beatitud se basa en la relación armónica del hombre con sus ideales de vida. Como señala el psicólogo italiano Paolo Legrenzi: “los traductores latinos de la biblia recurren a los términos *beatus* y *beatitudo* en lugar de *félix* y *felicitas*”. Los romanos adoraban a la diosa de la felicidad, mientras que los cristianos, como pone en evidencia San Agustín, adoran a Dios que dona la felicidad, más allá de la caducidad y de la temporalidad de nuestra existencia mundana. Puesto que nos consta que la felicidad es la plenitud de todas nuestras aspiraciones y que no es una diosa, sino un don de Dios, los hombres no deben venerar más algún Dios fuera de aquel que puede dar la felicidad” (traducción propia) (58).

Es por esta razón por la que para muchos creyentes la felicidad no se encontraría en esta vida, que sería más bien un “valle de lágrimas”, sino en el más allá, en el paraíso, junto a Dios. Es interesante notar como la idea de felicidad como finalidad última encuentre su fundamento no solo en la idea aristotélica de fin supremo, sino también en el cristianismo. En efecto, como ha señalado Umberto Galimberti, la concepción lineal del tiempo, con un pasado, un presente y un futuro, es judeocristiana (81).

**Gráfico 2. La felicidad como flujo (Flow) aplicado al cuidado**



**Fuente:** Adaptado de Csikszentmihalyi (82)

Esta concepción, permite pensar en el pecado como pasado, el arrepentimiento como presente y la redención del pecado como futuro, con la consecuente felicidad. Es así como la felicidad se ubica en el futuro, en el no todavía, o incluso en un lugar fuera de este mundo. La concepción escatológica, es decir final, de la felicidad no forma parte de la postura teórica de la presente investigación, si bien toma de ella la concepción lineal del tiempo.

#### **1.7.4. Enfoque filosófico**

Los griegos y latinos, en la antigüedad, distinguían la felicidad exterior de la interior. La primera consistía en una característica de aquellos afortunados que tenían abundantes bienes materiales, mientras que la segunda era entendida como el estado de ánimo de los beatos. Los sofistas veían a la felicidad interior como si fuese la exterior. Sócrates entendía que la felicidad interior debe ir de la mano con la rectitud y la virtud (39).

Para Aristóteles el fin de todo ser humano es su felicidad (42,41). Una característica del filósofo de Estagira fue diseñar clasificaciones muy didácticas. Así, en cuanto a la felicidad señala que existirían al menos tres tipos según la forma de vida que tenga el sujeto: para quien conduce una vida voluptuosa la felicidad se identificaría con el placer; para aquellos que llevan una vida política la felicidad se identificaría con los honores; mientras que aquellos como Aristóteles, se dedican a la vida teórica, la felicidad sería intelectual, o como dice José Antonio Marina, consistiría en vivir inteligentemente (82). Por supuesto que la concepción aristotélica de la felicidad es mucho más rica y va más allá de esta clasificación sintética, pero permite deslindar desde el inicio con la identificación de la felicidad con el mero placer.

Los filósofos helenísticos y romanos identificaban a la felicidad con la serenidad de ánimo y la imperturbabilidad o ataraxia. Sin embargo, mientras para los cínicos y para los estoicos la imperturbabilidad se obtiene destruyendo en el ánimo el deseo de bienes exteriores dedicándose solamente a la vida virtuosa, los epicúreos admiten que se puede gozar de

los bienes materiales y de los placeres corporales con tal que el hombre no se vuelva esclavo de estos (83). Para los escépticos la imperturbabilidad nace de la suspensión del juicio o epojé. En la filosofía moderna la felicidad retorna con el significado de búsqueda del Bienestar Social, si bien, en este sentido es más exacto hablar de utilitarismo (39). Entonces, la felicidad sería un fin en sí mismo, tanto para la persona como para la comunidad. Sin embargo, según la ética de mínimos, concepción moderna elaborada por la importante filósofa española Adela Cortina, las dos aspiraciones fundamentales de todo ser humano son, por un lado, la felicidad y por el otro la justicia. La primera es un anhelo individual legítimo y la segunda lo es también, pero colectivo. La una se aconseja, la otra se exige (84).

Esta visión moderna y muy difundida permite apreciar que para la ética ya no sería su aspiración una felicidad colectiva como antaño, sino que, dada su identificación con el sentimentalismo, ha cedido su lugar a la justicia como el bien común máspreciado. En la presente investigación se verá que la felicidad puede seguir siendo una finalidad colectiva desde la perspectiva de enfermería. En efecto, la felicidad en enfermería puede ser entendida colectivamente, porque se da a través del cuidado enfermero que se consolida en una relación intersubjetiva, de la que emergen las acciones de cuidado basadas en el amor y respeto por la dignidad de la persona cuidada (85).

Para el filósofo español Julián Marías "(...) la felicidad es siempre un asunto personal, no basta con un libro ni una doctrina: cada hombre, cada mujer tiene que pensar, tiene que preguntarse perentoriamente por lo que entiende por felicidad y lo que necesita para ser feliz" (86). En su libro la felicidad humana precisa que se trata de un "imposible necesario", porque es fugaz e inalcanzable, según su perspectiva, pero necesaria como finalidad para hacer de la vida algo deseable. Esta visión, muy respetable, por cierto, no se corresponde con el planteamiento aquí propuesto, que propone más bien una concepción de felicidad realizable y relacional.

La felicidad se ha confundido con la alegría y el placer, pero, con la claridad que lo caracteriza, el filósofo Fernando Savater hace el distingo entre aquella y estos. La felicidad, señala el filósofo de Santander, es el estado de afirmación vital, mientras que el placer es la sensación de esa afirmación y la alegría vendría a ser el sentimiento de la afirmación. Suponerse felices, prosigue, es afirmar una intensidad positiva suprema, estable e invulnerable (no hay felicidad en el desasosiego de perderla). Por eso, dice Savater, el momento de la felicidad es el pasado donde ya nada ni nadie nos la puede arrebatarse, o el futuro, cuando aún nadie ni nada la amenaza; el presente, en cambio, está demasiado expuesto a lo eventual como para convertirse en sede de algo tan magnífico (87).

#### **1.7.5. Enfoque económico**

En la actualidad han sido los economistas quienes se han concentrado en el estudio de la felicidad como un indicador de bienestar poblacional, esto debido entre otras cosas al reconocimiento de los límites que trae pretender medir el nivel de vida de la gente en función a sus ingresos económicos. Desde esta perspectiva, la felicidad es concebida como un estado de bienestar material o monetario, en el entendido de que la satisfacción de las necesidades humanas de tipo material conduce indefectiblemente a la felicidad. Es el caso de economistas tales como Albert O. Hirschman y su noción de felicidad privada o del bienestar material y felicidad pública o del compromiso político (88).

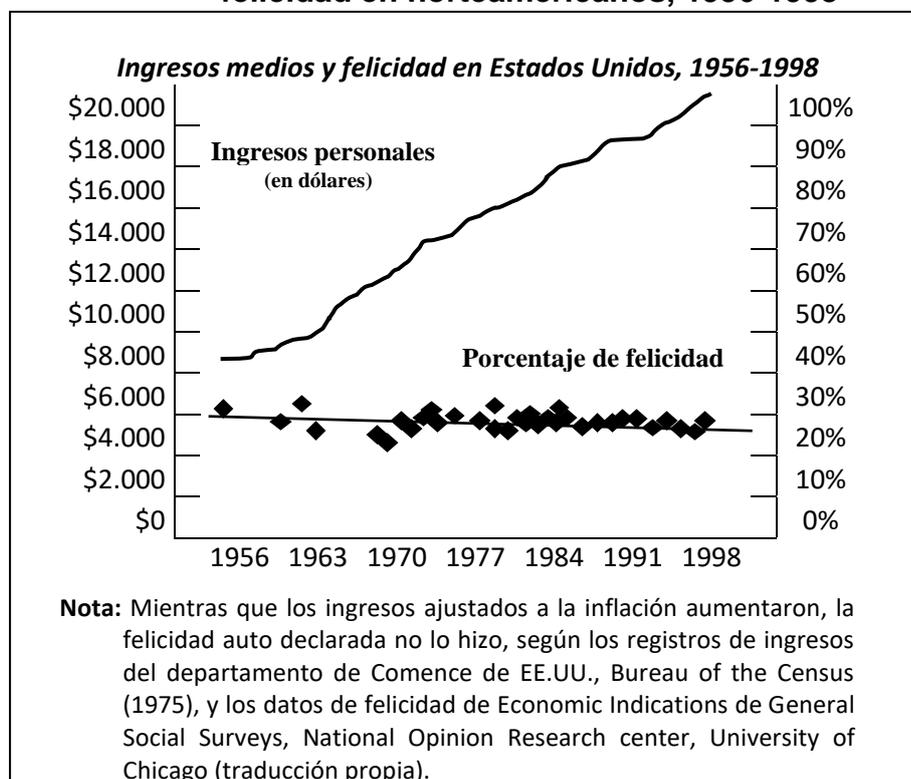
Parece más sensato preguntar a las personas si se consideran felices o no. En efecto, limitarse a indicadores cuantitativos como la renta anual o la expectativa de vida no satisfacen plenamente el estándar de calidad de vida deseado (89). De hecho, se ha visto como los ingresos *per cápita* no guardan relación alguna con los niveles de felicidad en ciudadanos norteamericanos, es decir que el incremento económico en los sujetos no influye en sus niveles de felicidad, tal como se aprecia en el gráfico 3.

De hecho, en países pobres se ha registrado niveles de felicidad elevados, claro que como se ha señalado, podría deberse a una “falsa conciencia”,

es decir que han internalizado situaciones de opresión. Por estas razones se puede afirmar que los ingresos económicos constituyen un prerequisite para la felicidad, mas no la determinan.

El Premio Nobel en economía Daniel Kahneman, ha señalado que la felicidad es la “condición de bienestar de relevante intensidad caracterizada por la ausencia de infelicidad y del placer conectado a la realización de un deseo” (37). Kahneman ha resaltado que la experiencia de la felicidad se ve afectada profundamente por dos componentes del yo: la experiencia y el recuerdo (91).

**Gráfico 3. Relación ente el crecimiento económico y la felicidad en norteamericanos, 1956-1998**



**Fuente:** Csikszentmihalyi, 2004 (90)

Esto es evidente cuando se inquiere, sin mayor reflexión, si se es feliz. La respuesta suele estar condicionada por el estado de ánimo que tiene la persona en ese instante. En cambio, si se pide al sujeto que antes de responder a aquella pregunta haga un repaso por sus recuerdos,

recapitulando su experiencia de vida, los momentos más importantes que le vengan a la mente, la respuesta suele ser distinta, incluso antitética.

Se desconoce cuál es la respuesta de una enfermera en estos dos escenarios, pero es importante conocer cuál sería su respuesta, puesto que tal vez esté influida por su trabajo, es decir, por el cuidado que brinda. Si no se siente satisfecha con su trabajo, si lo lleva a cabo de forma rutinaria, y sin perspectivas optimistas de mejora, tal vez no sea del todo feliz.

#### **1.7.6. Enfoque neurocientífico**

Las neurociencias, según Umberto Galimberti, son un sistema integrado de disciplinas que tienen por objeto el estudio del cerebro y del sistema nervioso de los organismos vivientes a nivel molecular bioquímico y genético (37). Desde esta perspectiva, su enfoque se reduce al estudio fisiológico y bioquímico de toda respuesta cerebral relacionada con la conducta humana. Por esta razón, las neurociencias tienen un enfoque reduccionista, limitado a la actividad neurofisiológica mas no relacional.

En efecto según los estudios neurocientíficos, la felicidad sería un “estado emocional activado por el sistema límbico en el que, al contrario de lo que se cree, el cerebro consciente tiene poco que decir” (92). Sin embargo, a la luz de recientes investigaciones, esta definición termina siendo incompleta. En efecto actualmente se han teorizado tres posturas fundamentales concernientes a la idea de felicidad: “la felicidad como alegría constante, la felicidad como balance positivo de satisfacciones y disgustos, y la felicidad como beatitud del sabio” (6).

De acuerdo con el eminente neurocientífico Michael Gazzaniga, el conjunto de emociones como la euforia la alegría el contento describirían variantes del sentimiento de felicidad (93). Se puede afirmar por lo tanto que desde esta perspectiva la felicidad sería una respuesta de la bioquímica cerebral motivada por eventos positivos de la vida, manifestada por emociones también positivas.

En cuanto a la felicidad y su relación con el trabajo, desde el enfoque neurocientífico, se ha demostrado que el cerebro humano posee un sistema evaluador del esfuerzo, integrado por el giro cingulado anterior, el cuerpo estriado dorsal y el cuerpo estriado ventral que se activan cuando el sujeto percibe una recompensa luego de haber realizado un trabajo que requiera de gran esfuerzo. El cuerpo estriado ventral no se activa si el sujeto no percibe una recompensa adecuada a tales esfuerzos y, por lo tanto, pierde la motivación para realizarlos (94).

Estos resultados se han asociado a la felicidad, encontrando que cuando se realiza alguna actividad que amerite un gran esfuerzo, el trabajo, por ejemplo, pero sin una recompensa a la vista genera infelicidad (95). Es decir que trabajar por trabajar sin alguna recompensa, o con un bajo sueldo, desmotiva al trabajador y le genera infelicidad, que repercute a su vez en su productividad y eficiencia. El neurocientífico Dean Burnett ha explicado que, si bien el dinero es una buena recompensa, no lo es todo. En efecto, este investigador señala que no trabajar produce infelicidad por la preocupación que se siente al no tener medios para la subsistencia, y el cerebro lo percibe como un riesgo (95). Por ello es impensable pensar siquiera en la felicidad si no se tiene un trabajo. Sin embargo, una vez satisfechas las necesidades biológicas, sobrevienen las psicológicas que, según Burnett, explican porque el dinero no hace la felicidad.

Las necesidades psicológicas que todos tenemos son: la autonomía en el trabajo, el control de nuestras propias actividades, el sentirnos competentes, sentirnos valorados, y capaces de alcanzar nuestras propias metas. Según este investigador, aquel trabajo que nos proporcione estos elementos nos brindará también mayores probabilidades de ser más felices trabajando y viceversa. Es interesante el análisis que Burnett hace en lo relativo al control, porque explica que el cerebro humano anhela tener el control de sus propios proyectos, y el hecho de trabajar para otros limita este control, y en consecuencia se generan mayores índices de infelicidad (95).

Existen estudios que han vinculado el locus de control interno, concepto acuñado por Julian Rotter, y los niveles de bienestar y felicidad, encontrando una relación positiva intensa (96). Estas investigaciones le han permitido concluir a Burnett que si se tiene un trabajo que nos brinda cierto grado de autoridad y responsabilidad, es mucho más probable que se perciba una sensación de control, que al ser una sensación que agrada al cerebro, nos conduce, en consecuencia, a tener mayores niveles de felicidad (95).

Otro aspecto importante que debe señalarse desde las neurociencias es el de la competencia, que se relaciona con el control. Cuando se es competente en algo, el cerebro le atribuye un valor positivo, enfocándose en el rendimiento y en las habilidades, lo cual le permite tomar decisiones adecuadas sobre lo que se debe hacer o no en cada situación o circunstancia, pero si estas rebasan las competencias individuales, entonces uno se abstiene de hacerlas. En síntesis, al cerebro “le gusta ser competente”. La ejecución de ciertas tareas en el trabajo le permite al cerebro adaptarse y adquirir estas competencias hasta dominarlas gracias a la repetición. Esto puede, por lo tanto, hacer más felices a las personas (95). Pero solo hasta un cierto punto. Cuando las tareas se vuelven rutinarias y poco desafiantes, entonces los niveles de felicidad caen.

La perspectiva neurocientífica, si bien interesante, porque otorga datos interesantes de orden neuroquímico, no explica la totalidad del fenómeno de la felicidad. Tal como se señala en el texto intitulado “Por qué no somos nuestro cerebro” de Alva Noë, “en la base de toda disciplina científica se anida una suerte de mito fundador que motiva la investigación, pero que corre el riesgo de cristalizarse en una celda intelectual (...) En el caso de las neurociencias el mito por excelencia es que la conciencia sea algo que está en nuestra cabeza y que podemos comprender solo mirando dentro del cerebro. Pero así se pierde toda conexión del cerebro con el resto del mundo y si queda esclavo del dogma cartesiano que veía a la conciencia como algo que sucede solo dentro del sujeto, mientras que, para Noë, la

conciencia se entiende como algo que los seres humanos hacen interactuando con el ambiente circundante” (80). Para el caso de la felicidad, son aplicables las mismas razones, mutatis mutandis.

#### **1.7.7. Enfoque enfermero**

Como indicaba Freud para estar bien en la vida hay dos indicadores fundamentales: el trabajo y el amor. Cuando las cosas van bien en el trabajo, se viven momentos muy felices y la subjetividad queda fortalecida. Sin embargo, el trabajo también puede ser el lugar donde peor se pasa el tiempo. Esto es así porque el trabajo es algo más que un simple medio de obtención de bienestar material. El trabajo es una oportunidad para el desarrollo personal, puede resultar tanto o más atractivo que el tiempo de ocio y es un cauce para la percepción de la utilidad personal. El trabajo ocupa un rango importante en la jerarquía de los valores socioculturales, ya que permite organizar la identidad psicosocial por ser fuente de roles, estatus e identidad (6).

En enfermería, la cuestión de la felicidad ha sido planteada en la “Teoría Bioética Sinfonológica” de Gladys y James Husted. En ella sus autores establecen que la salud es uno de los aspectos fundamentales en la vida del ser humano, no solo porque consista en “estar libre de enfermedades, traumatismos o trastornos mentales”, sino porque permite alcanzar la felicidad. De acuerdo con los teóricos, la felicidad se alcanza cuando el individuo sano se plantea objetivos elegidos libremente y progresa en la consecución de estos. A este proceso se le denomina proyecto vital (16).

De acuerdo con la Teoría Sinfonológica de Husted y Husted “todos debemos tomar decisiones para hacer la vida mejor, evitar que la vida se deteriore, sobrevivir e intentar siempre alcanzar la felicidad”. Entonces, la justificación ética de una buena vida se evidencia en las acciones libres que realiza el ser humano, que lo conduzcan al desarrollo de su felicidad (97). Tal vez esta sea la mayor aproximación que se hace desde las teorías de enfermería a la felicidad. Es una teoría enfocada en la relación de cuidado

enfermera paciente, en la que debe mediar un acuerdo entre las partes, sin enfocarse en la persona misma de la enfermera.

El ser de la enfermera está compuesto por un saber, un hacer y un querer, elementos consustanciales del cuidado enfermero. En efecto, solo se es enfermera brindando cuidado, y una vez que se comienza a hacerlo, nunca más se deja de serlo. Patricia Donahue, en su monumental historia de la enfermería, ha explicado que, con el devenir de los tiempos, esta última se ha consolidado como arte y ciencia, cuya materialización se encuentra en “la cabeza, el corazón y las manos de la enfermera”; que se puede traducir como “la ciencia, el humanismo y la técnica” o también como los aspectos “teóricos, ético-morales y prácticos” (47).

### **1.8. Dimensiones de la felicidad**

La clave para entender la felicidad incluye la conexión directa y las relaciones con otras personas, según Sonja Lyubomirsky, psicóloga de la universidad de California y experta en el tema de la felicidad (98,79). Por su parte, Reynaldo Alarcón plantea cuatro dimensiones de la felicidad, a saber: el sentido positivo de la vida, la satisfacción con la vida, la realización personal y la alegría de vivir.

#### **1.8.1. El sentido positivo de la vida**

El sentido positivo en relación con la propia vida tiene que ver con el optimismo con el cual el sujeto afronta los problemas que la realidad le presenta. Según Seligman “las emociones positivas son las señales interiores que permiten atribuir sentido y significado a nuestra vida, establecer relaciones sólidas y profundas y estructurar circunstancias y experiencias productivas y provechosas” (22). Cuando la persona piensa en el futuro como posibilidad de mejora y superación suele manifestar emociones positivas. Se puede decir entonces que ve al futuro con optimismo. El profesional enfermero que percibe su trabajo como posibilidad de logros y/o de superación, puede decirse que tiene un sentido positivo de la vida.

### **1.8.2. La satisfacción con la vida**

Esta dimensión consiste en el resultado positivo que se obtiene al mirar retrospectivamente lo alcanzado en el proyecto de vida (23). Cuando una persona realiza un examen acerca de su historia de vida, encuentra aspectos positivos y negativos en ella, sin embargo, logra apreciar un progreso en su vida. Incluso al repasar las dificultades que ha tenido que sortear, el sujeto encuentra que estas han servido para alcanzar la posición en la que se encuentra en la actualidad, lo que le genera una sensación de satisfacción por el esfuerzo que ha realizado en su vida. El profesional de enfermería puede encontrar óptimos niveles de satisfacción con su vida cuando examina los logros que ha obtenido en sus pacientes como producto del cuidado que brindó.

### **1.8.3. La alegría de vivir**

Consiste en afrontar la vida de forma optimista, reflejada por emociones como la alegría y el entusiasmo, y manifestada por comportamientos altruistas y benéficos (23). De hecho, la alegría que proviene del griego *laetitia* que significa lo abierto en contraposición a lo cerrado, lo angosto, esto es, la angustia. Por lo tanto, el sentido positivo puede entenderse como la apertura al mundo por parte del sujeto implica que los problemas que aquel le presenta a este son de carácter temporal y está en sus manos cambiarlo. El tener conciencia del control de los problemas y situaciones adversas, provocan una sensación positiva y una visión optimista. Por el contrario, cuando no se posee esta perspectiva, la persona suele mostrar sentimientos y emociones negativas y una visión pesimista y cerrada del futuro.

### **1.8.4. La realización personal**

Este aspecto de la felicidad tiene que ver con el alcance pleno de las posibilidades y potencialidades que cada persona tiene (23). La felicidad en esta dimensión no es un punto de llegada sino un proceso, en el que la persona siente que ha realizado o alcanzado lo que se propuso y que cada etapa en su vida no es más que la consolidación de su propósito en la vida.

el profesional enfermero encuentra en su trabajo la plena realización de su proyecto de vida y disfruta cada momento de su vida laboral.

## **2. CUIDADO ENFERMERO**

### **2.1. Fundamento ontológico del cuidado enfermero**

El cuidado es un término por momentos esquivo y de origen un tanto incierto, que la enfermería ha hecho su "*raison d'être*" (su razón de ser). Definir el término es *de-limitarlo* (ponerle límites), restringir sus alcances para hacerlo operativo y sobre todo útil. Cosa curiosa sucede cuando se emprende esta empresa, la de definirlo, puesto que se evidencia algo de forma inmediata: no existe univocidad. Antes de definirlo, se puede comenzar con elaborar una noción abstracta del cuidado, entendiendo por tal aquella operación intelectual de extraer de la esencia de algo una parte para estudiarla por separado y comprenderla mejor. Esto es lo que suelen hacer las teóricas del cuidado, por ejemplo. Al hacer esta operación, sin embargo, se corre el riesgo de perder la noción de unidad de lo que se quiere aprehender.

Es por dicha virtud que, dada la temática de esta investigación, se propone elaborar un concepto encarnado del término cuidado enfermero, que no es lo mismo que concepto concreto. Este último se puede entender como oposición a lo abstracto, mientras que un concepto encarnado es aquel que incluye a la persona de carne y hueso que lo aplica, que le encuentra un sentido en su quehacer, que lo vive como parte de sí mismo y se identifica con aquel. En efecto, el cuidado no puede separarse de aquel que lo brinda, es decir que, cuidado y sujeto son consustanciales.

Quien podría afirmar que la naturaleza cuida, o nos cuida. Incluso el creyente tiene que aceptar que sus plegarias van dirigidas a un ser superior, Dios, para calmar la furia de la naturaleza cuando esta desencadena su ira contra todos. Como solían decir los griegos: la naturaleza se caracteriza por una especie de crueldad inocente, de una indiferencia ante el sufrimiento del ser humano. La naturaleza procede,

como ha enseñado el premio nobel Jacques Monod, por azar y por necesidad (99), pero su necesidad no es la necesidad humana. Entonces, corresponde al ser humano interesarse, es decir, dirigir intencionalmente el cuidado hacia sí mismo, hacia otros y hacia su entorno.

El cuidado es por ello mismo, fundamental en la vida del ser humano, porque sin él su existencia no podría florecer (100). Tal como sostiene la filósofa italiana Luigina Mortari: “ninguna sociedad puede garantizar una calidad de vida suficientemente buena si las personas no se cuidan unas a otras” (100).

En su famoso libro “Ser y Tiempo”, Martin Heidegger, ha dado un aporte sustancioso en la comprensión del ser en cuanto ser, esto es, distinto del ente que lo contiene o, para usar su terminología, del “*Dasein*” o del “*ser ahí*”, que podría entenderse como “*ser humano*”<sup>1</sup> (101) -según el filósofo chileno Eduardo Rivera, quien tradujera al castellano de manera mucho más comprensible el célebre libro de Heidegger-. Analizar el ser de la enfermera a través de la lectura de este texto resulta particularmente interesante, por el reconocimiento que hace el filósofo tudesco de la temporalidad como sentido ontológico de la *Sorge*, cuya traducción del alemán vendría a ser “cura” o “cuidado”, en el sentido de preocupación por algo o alguien (102).

Tal como afirma Mortari: “cuando desarrollo una actividad para procurarme lo necesario para mi alimentación, cuando busco cultivar una relación, cuando me sumerjo en la lectura para nutrir mi mente, cuando me preocupo en brindar sostén a otra persona, cuando le dedico, en suma, mis energías para la construcción de un espacio compartido con la comunidad, siempre me ocupo, preocupo, estimo algo, es decir, lo cuido” (100). Mortari define al cuidado como una acción, una práctica, es decir, una actividad humana

---

<sup>1</sup> Escribe Rivera: “(...) este ente ‘que somos cada uno de nosotros mismos y que, entre otras cosas, tiene esa posibilidad de ser que es el preguntar’, es precisamente lo que Heidegger va a llamar el ‘*Dasein*’. *Dasein* es el ente en cuyo ser se abre el *Da*, el *ahí*, para la manifestación del ser. El *Dasein* es el ente que está constitutivamente determinado por la comprensión del ser” (101).

generada por una intención de procurarse beneficio a sí mismo (autocuidado) y a los demás (heterocuidado) (100). Y esta acción para la presente investigación es generadora de felicidad. En síntesis, el cuidado no solo es preocupación por alguien, es decir ocupación previa por alguien (uno mismo o los demás) o algo (el entorno), el cuidado es además acción humana intencionada, o sea:

- Es interesarse por alguien.
- Es planificar ese interés por alguien.
- Es intervenir en favor de alguien.
- Es verificar los efectos de nuestra intervención por alguien.
- Es repetir estas acciones por alguien.

Por lo tanto, cuidar es un hacerse cargo de la satisfacción de las necesidades de otro u otros, y asumir ese rol con responsabilidad, conocimiento científico, habilidad técnica y afecto. Así, el cuidado debe reunir cualidades axiológicas, científicas, técnicas y humanas. Perder alguno de estos componentes puede llevar al sujeto a deformar el cuidado. Si se desarrolla solo el conocimiento científico, el cuidado se enfría, porque este conocimiento es racional, y de lo racional no brota el afecto. Si se desarrollan solo unas cuantas habilidades técnicas, el cuidador se vuelve rutinario y en consecuencia se embrutece, porque se convierte en un mero repetidor y perfeccionador de maniobras sin mayor fundamento ni finalidad.

En la voz "*análisis existencial*"; de su excepcional enciclopedia de psicología, Umberto Galimberti manifiesta que: "El ser humano no está en el mundo como lo están las cosas, sino más bien se da en el mundo a través del espacio y del tiempo, al que inaugura y recorre con aquella intencionalidad que es típica de él y no de las cosas (37,103). Por tal razón no puede ser posible estudiar la existencia humana con la metódica objetivadora, propia de las ciencias naturales que se ocupan de las cosas" (104).

De este modo, delimita -y limita- el alcance metodológico de las ciencias naturales a sus posibilidades reales, en el sentido etimológico del término

real, es decir como cosas. Las limitaciones de las también llamadas ciencias cuantitativas adolecen además de otro inconveniente aún mayor, esto es, la fragmentación de sus objetos de estudio, en aras de una mejor comprensión y explicación. En la esfera de lo humano, tal fragmentación, la hizo Descartes, en su famosa división del hombre en *res cogitans* y *res extensa*, es decir mente y cuerpo, colocando a la mente como un epifenómeno del cuerpo ubicado en la glándula pineal.

Este enfoque divisionista, ha permitido en efecto explicar mejor aquellos fenómenos físicos, mas no ha mostrado el mismo éxito al momento de aplicarlo al ser humano como un todo, es decir holísticamente. No obstante, el arraigo de este modo de pensar divisionista es patente, por eso aún hoy hablamos de enfermedades psicosomáticas, haciendo referencia a esta división.

En este contexto de limitaciones por comprender al ser humano, el pensamiento de conjunto de algunos filósofos continentales ha surgido como alternativa al reduccionismo de las ciencias naturales. De este modo la atención retornó al ser humano como sujeto existente en el mundo. El existencialismo ha sido una corriente de pensamiento que ha reflexionado de modo particular y extenso sobre la condición del hombre en el mundo. Filósofos existencialistas como Kierkegaard, Heidegger, Jaspers, Abbagnano, Sartre y, son dignos de nota.

En particular, el filósofo alemán, Martin Heidegger, es uno de los que mayor influencia ha ejercido en este campo, si bien él mismo no se consideraba un existencialista. Su obra principal "Ser y Tiempo" publicada en 1927, es un ícono de la filosofía del 900' (105). Una de las características del "ser" que Heidegger desarrolla en su libro es la "*Sorge*" o "*cuidado*", -según la traducción que se encuentra en la ya clásica introducción a Heidegger de Gianni Vattimo-, término que es empleado por el filósofo en su acepción ontológico-existencial, y que excluye taxativamente "toda tendencia óntica u ónticamente entendida, como cuidado o incuria, etcétera" (102).

De hecho, el *sorge* es el ser del *Dasein*, o sea que el cuidado es el ser del ser humano.

## **2.2. La necesidad del cuidado como parte de la naturaleza ontológica del ser humano**

El ser humano es un ser social por naturaleza. Aristóteles lo llamaba *Zoon politikón*, cuya traducción errónea ha sido animal político, y que ha circulado con cierto éxito, confundiendo su sentido prístino. En realidad, el significado original que quiso darle el filósofo ateniense fue el de “animal social”, esto es, perteneciente a la polis o ciudad. A su vez polis proviene del vocablo griego ‘poli’ o ‘poloi’ que significa muchos, varios o numerosos. El ser humano, entonces, no vive, sino que convive, no existe, sino que coexiste (106), esta es pues su naturaleza. El ser humano es un ser social por naturaleza, o como confirma el premio Nobel en medicina Eric Kandel, es altamente social. A esta característica fundamental, agrega, le debemos el éxito en la adaptación al mundo natural (107), o sea, a su naturaleza relacional.

Precisamente esta naturaleza relacional es la que determina la condición humana, a saber, su fragilidad y su vulnerabilidad. Somos frágiles porque nuestras decisiones están limitadas a una temporalidad de la cual no somos dueños. Nacemos sin haberlo pedido y morimos sin deseárselo. A esto hay que agregar que, si bien físicamente disponemos de mecanismos de defensa evolutivamente desarrollados, nuestro cuerpo sufre los embates del mundo que nos circunda y del paso del tiempo de manera inexorable. Somos vulnerables porque ontológicamente dependemos de los otros (108).

El ser humano es biológicamente individual, distinto del mundo que lo rodea; pero desde el punto de vista de su existencia, de su vivencia en el mundo, es dependiente de los otros, por ello decimos que no vive, sino que convive. Y esta naturaleza lo revela dependiente de los demás, así como los demás dependen del individuo para su subsistencia y su desarrollo.

Desde el niño que es cuidado por su madre, hasta el adulto que requiere de un trabajo, o del adulto mayor que también requiere de cuidados, siempre se vive en continua dependencia de los demás. Esta dependencia es precisamente lo que hace vulnerable al ser humano (108). Por lo tanto, se puede afirmar que el ser humano requiere del cuidado porque es ontológicamente (es decir existencialmente) frágil y vulnerable.

La esencia relacional de nuestro ser -dice Mortari- nos condiciona también en la búsqueda de la excelencia, porque en tanto y en cuanto seres relacionales, la excelencia se busca en las relaciones (108). “Lo que da más sentido a la vida son los bienes relacionales, como la amistad, el amor, los ligámenes políticos cuya finalidad es construir espacios compartidos, y con ellos todas las acciones conectadas a las virtudes que crean buenas relaciones: gentileza, cortesía, solidaridad, compasión, generosidad” (108). La felicidad por lo tanto es una consecuencia del cuidado, el que es a su vez una necesidad del ser humano dada su naturaleza ontológica de fragilidad y vulnerabilidad.

### **2.3. Fundamento epistemológico del cuidado enfermero**

En su libro “La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental”, Husserl expuso con magnífica lucidez que una verdadera ciencia, es decir una que se precie de poseer un conocimiento cabal de la realidad, y que la explique en su total dimensión, no puede enfocarse exclusivamente en su objeto de estudio, puesto que estaría dejando de lado a la otra mitad que constituye la relación de conocimiento, esto es: el sujeto cognoscente (109). No obstante, el avance científico que vemos hoy en día se ha caracterizado precisamente por conocer solo y principalmente a su objeto de estudio, perdiendo de vista al sujeto que vive la experiencia de conocerlo.

Esta clásica pretensión de objetividad probablemente aún sea relevante en las ciencias naturales como la física y la química, concentradas en el conocimiento de la materia inerte, es decir de los objetos. Pero, como es bien sabido, estas ciencias han girado su atención a los procesos que

avienen en la realidad, a tal punto que el propio Wittgenstein afirmó en su *Tractatus Lógico-Philosophicus* que “el mundo es la totalidad de los hechos no de las cosas” (110).

La biología como ciencia afronta dificultades aún mayores que la física, puesto que su objeto de estudio es la vida. La dificultad se evidencia desde el fallido intento de los biólogos por definir “vida”, no obstante, los esfuerzos que hecho científicos de la talla de Lynn Margulis y Francisco Varela para definirla. Para la primera “la vida es materia en movimiento, el impulso de las poblaciones de seres biológicos en expansión” (111); para el segundo la vida es “(...) un sistema físico está vivo cuando es capaz de transformar la materia externa en un proceso interno de auto mantención y autogeneración [autoproducción o autopoiesis]” (112).

La medicina por su lado, considerada por muchos como una rama de las ciencias naturales (113), tiene como objeto de estudio a un sujeto. La tradición médica ha desarrollado la teoría de la patología como un desperfecto en la máquina biológica. Este ha sido denominado el modelo mecánico de la medicina, iniciado con Descartes y perfeccionado por Claude Bernard y el nacimiento de la biomedicina (114). El fracaso de este modelo lo podemos escuchar de boca de los mismos pacientes cada mañana en las instalaciones de cualquier hospital: la deshumanización de la atención médica es palmaria.

Las críticas de este modelo han puesto en evidencia un problema más grave, esto es: la crisis de las ciencias cuyo objeto de estudio es el ser humano y su interacción con otro ser humano (115,116). La pretendida objetividad en las ciencias humanas, particularmente las ciencias de la salud, coloca a estas últimas en una situación de especial dificultad al momento de teorizarlas.

Sin embargo, el caso de la enfermería es distinto, puesto que encuentra su justificación en su mismo objeto de estudio, a saber, el cuidado. En efecto, el cuidado surge como una necesidad dada la condición humana de

fragilidad y de vulnerabilidad. El ser humano es frágil porque existe en el mundo independientemente de su decisión, y una vez en el mundo se encuentra en el fluir del tiempo, que no está bajo su dominio, porque en cualquier momento puede dejar de existir. La fragilidad del ser humano radica en su enigmático origen y en su fin, en el vacío de un pasado desconocido (la concepción) y en su imposibilidad de realizar todo aquello que desearía porque está la muerte como imposibilitadora de esas posibilidades (108).

Asimismo, el ser humano es vulnerable porque es íntimamente relacional, o sea, dependiente de los demás para su supervivencia. La naturaleza social lo convierte en dependiente de todos los demás y necesitado del cuidado y de la atención de los otros.

#### **2.4. El cuidado enfermero y la felicidad**

Se ha afirmado que “el objeto de la enfermería es el cuidado”, que incluye el cuidado de las vivencias, necesidades y respuestas que la persona tiene alrededor de la búsqueda de su realización (117). La ciencia de la enfermería, como las otras, está enfocada principalmente a la búsqueda del conocimiento de su objeto de estudio: el cuidado enfermero.

La concepción estándar del cuidado enfermero es aquel que surge de la interacción sujeto-sujeto, en el que uno de ellos es el cuidador y el otro es el sujeto receptor del cuidado. El método empleado para la realización del cuidado es el Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Este último, según Alfaro es un método sistemático [consistente en brindar] cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados” (118).

Pero si bien esta concepción es bastante clara, por un lado, es reduccionista por el otro. Cae siempre en el paradigma científico esbozado líneas arriba. Es decir, hay un objeto que ya no es sujeto como en la medicina. En el caso de la enfermería, el objeto de estudio es una interacción particular entre sujetos a la que se ha denominado cuidado enfermero. Su reconocimiento y valoración es de tal magnitud que Vilma

Carvalho ha enfatizado que deberíamos poner el mayor énfasis posible en el cuidado pues constituye “el punto crucial de la reflexión, y también el punto de interés mayor para las investigaciones en enfermería” (119).

Para el filósofo y teólogo Leonardo Boff, el cuidado “es una actitud fundamental, un modo-de-ser (sic) mediante el cual la persona sale de sí y se centra en el otro con desvelo y solicitud” (120). En otras palabras, hay tanto de la enfermera en el cuidado que brinda que, por momentos, puede llegar a confundirse la una con el otro.

El cuidado es un quehacer de alguien, de la enfermera, y la calidad de aquel depende principalmente de las cualidades de la persona que encarna a la enfermera. Como indica Stewart “la cabeza, el corazón y las manos se unieron firmemente para asentar los poderosos cimientos de la enfermería moderna. Estos tres elementos esenciales corresponderían a la ciencia, el alma y la habilidad de la enfermería, e incluso en otro contexto serían sinónimos de los aspectos teórico, práctico y ético-moral de la misma” (47).

El cuidado enfermero aparece como una necesidad urgente del ser humano, dada su condición de fragilidad y vulnerabilidad. Aún más, el ser humano se cuida a sí mismo en primer lugar para que pueda cuidar a los demás. El cuidado no es posible sin el autocuidado. Es aquí donde la felicidad del cuidado encuentra su razón de ser, porque el preocuparse primero por sí mismo, constituye la condición inicial para dar cuidado a los demás. Y cuidar a los demás es siempre motivo de felicidad por la satisfacción que produce (121).

Si hacemos un repaso por las teorías de enfermería, encontramos que efectivamente, la gran mayoría de ellas se enfocan principalmente a la comprensión del cuidado enfermero como un servicio que se brinda a una persona, con ciertas necesidades de salud y a la que hay que ayudar para ponerla en las mejores condiciones posibles. En ellas se pueden encontrar diversas definiciones del cuidado enfermero, con un factor común en todas, la apelación a la persona de la enfermera. En efecto, las definiciones del

cuidado enfermero enfatizan condiciones personales especiales con las que debe contar la enfermera.

Para Florence Nightingale, por ejemplo, el cuidado es el “servicio que la enfermera brinda a la humanidad basado en la observación y la experiencia, que consiste en poner a la persona enferma o sana en las mejores condiciones posibles a fin de que la naturaleza pueda restablecer o preservar su salud” (122).

El cuidado para Nightingale es consustancial a la enfermería. En efecto, en sus notas obre la enfermería señala que utiliza “la palabra enfermería a falta de otra cosa mejor. Se ha limitado a significar poco más que la administración de medicamentos y la aplicación de cataplasmas. Pero debería significar el uso apropiado del aire, la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad y la selección de la dieta y su administración, y con el menor gasto de energía por el paciente” (46). Para brindar cuidado se requiere de talentos especiales que no consisten necesariamente en cumplir con el requisito exclusivo ni excluyente de ser mujer, como la misma Florence lo indicó: “Se ha dicho y escrito montones (sic) de veces que en toda mujer hay una buena enfermera, yo creo, por el contrario, que los auténticos elementos de la enfermería son casi desconocidos” (46).

Estos elementos, empero, han sido sintetizados por Tye y Schwab en los siguientes: “compromiso, dedicación, pasión, iniciativa, administración, pertinencia y compañerismo (123); todos ellos características inmanentes de la enfermera. Como indica Patricia Donahue “el amor y la dedicación no bastaban por sí mismos para fomentar la salud o vencer la enfermedad. El desarrollo de la enfermería dependía de otros dos ingredientes esenciales: la habilidad/experiencia y los conocimientos científicos (47). Para Virginia Henderson, por otro lado, el cuidado enfermero es un “servicio derivado del análisis de las necesidades humanas” (124). El cuidado es siempre el mismo en un sentido teórico pues el ser humano tiene necesidades comunes; mientras que, desde una perspectiva práctica, el cuidado varía

constantemente porque “cada persona interpreta a su manera esas necesidades” (124).

Para Dorotea Orem el cuidado es un servicio humano y un campo de conocimientos que debe reforzar las capacidades de autocuidado de la persona (125). Hildegard Peplau sostiene que el cuidado es una relación interpersonal terapéutica orientada hacia un objetivo que favorezca el desarrollo de la personalidad según un proceso en cuatro fases: orientación, identificación, profundización y resolución, virtudes todas que debe poseer la enfermera (126). Imogene King llama al cuidado proceso de acción, reacción e interacción recíproca entre la enfermera, la persona y el entorno, consistente en transacciones que lleven a conseguir objetivos, dirigidos a un estado funcional de salud (127).

Callista Roy entiende por cuidado a la ciencia y práctica de la promoción de la adaptación de la persona en la que la enfermera evalúa los comportamientos de la persona y los factores que influyen su adaptación modificando los estímulos focales, contextuales y residuales con el fin de contribuir a mejorar su estado de salud, su calidad de vida o permitirle morir con dignidad (128). Madeleine Leininger y su concepción del cuidado como ciencia y arte humanista aprendido, centrado en los comportamientos, las funciones y los procesos de cuidados personalizados dirigidos hacia la promoción y conservación de los comportamientos de salud o su recuperación, preservando, adaptando y reestructurando los cuidados culturales (122). Jeane Watson que concibe su arte y ciencia humana del *caring*, ideal moral y procesos transpersonales dirigidos a la promoción de la armonía cuerpo-alma-espíritu, utilizando diez factores de cuidados (129).

Como se puede apreciar, en todas estas teorías y modelos se pone el énfasis en la persona cuidada, a través de una interacción llamada cuidado, que está constituido por el saber conocer, saber hacer, saber convivir y saber ser. La enfermera es pues quien debe poseer estos saberes. Pero de nada le sirven si no se siente a gusto con lo que hace, es decir, si no es feliz siendo enfermera.

## **2.5. Proceso de adquisición de experiencia práctica del cuidado enfermero:**

Según Patricia Benner la enfermería “se define como una relación de cuidado, una condición que facilita la conexión y el interés” (130). Para esta autora “el cuidado es básico, ya que establece la posibilidad de ayudar y ser ayudado” (130). La enfermería se considera como la práctica del cuidado, cuya ciencia sigue una moral y una ética del cuidado y la responsabilidad (130). Benner considera que la práctica enfermera abarca el cuidado y el estudio de las experiencias vividas con respecto a la salud, la enfermedad, el malestar y las relaciones entre estos elementos. Teleológicamente el cuidado enfermero busca lograr las mejores condiciones de la persona para autorrealizarse.

El aporte fundamental de Benner en la comprensión del cuidado enfermero radica en el hecho de haber dirigido la atención a la capacidad de aprendizaje continuo que tienen las enfermeras durante todo el curso de su actividad clínica. Enfatiza que todo lo que se aprende durante la formación básica es indispensable, pero es la experiencia práctica la que convertirá a una enfermera recién graduada en una enfermera experta. En efecto, Benner clasifica a las enfermeras en base a la experiencia adquirida, en 5 niveles de competencia, a saber: a) nivel principiante o novato; b) nivel principiante avanzado; c) nivel competente; d) nivel eficiente y e) nivel experto (131).

La adquisición de las competencias prácticas se desarrolla en tres áreas de competencia, a saber:

### **a) El uso del conocimiento:**

En esta área la adquisición de la competencia inicia con la confianza en los principios abstractos o teóricos de la enfermera principiante y finaliza con el uso de experiencias concretas del pasado en calidad de paradigmas para resolver los problemas (132).

La enfermera con poca experiencia logra cumplir con cierto grado de dificultad las actividades propias de su campo, está preocupada por

recordar los conocimientos aprendidos durante sus estudios, desprovista de soluciones prácticas a cada caso que se le presente. Es frecuente que se encuentre altamente concentrada en cada actividad que realiza, y que disfrute poco de su trabajo hasta que consiga culminarlo. El estrés es mayor debido a la alta posibilidad de cometer errores. El progreso en sus niveles de competencia brindando cuidado enfermero, que implican una mayor experiencia en el uso de conocimiento práctico que va acumulando, le dan mayor confianza y eficacia en su labor, los niveles de estrés son controlados y puede disfrutar de su trabajo. Los niveles de felicidad por lo tanto pueden ser bajos durante los primeros niveles de adquisición de competencias e ir incrementándose conforme se progresa en ellos.

Tal como señala Patricia Benner, citada por Duilio Manara, se le dedica una atención excesiva al aprendizaje de nuevas tecnologías y procedimientos recientes en lugar de concentrarse en la adquisición en profundidad de las capacidades de juicio clínico. La competencia experta se desarrolla cuando la enfermera clínica somete a verificaciones continuas su propio conocimiento y lo perfecciona cuando pone a prueba en situaciones reales y operativas sus proposiciones, hipótesis y expectativas basadas en principios y teorías (132).

La experiencia es por lo tanto un requisito de la competencia. De hecho, la forma en que se resuelven los problemas en el ámbito clínico por parte de una enfermera principiante o una principiante avanzada son diferentes a la del enfermero competente eficiente o experto. Esta diferencia se basa en el *Now How* adquirido con la experiencia.

**b) La situación:**

En esta área, la adquisición de las competencias de la enfermera comienza con su percepción de un cuadro clínico clásico y se consolida con una visión de conjunto completo, en el cual solo ciertas partes tienen importancia (132). En esta área se aprecia como la repetición de ciertas tareas van adquiriendo el estatus de rutina, que trae como ventaja el realizar labores habituales del servicio de manera rápida, eficaz y eficiente, para dar

espacio a la resolución de los problemas no habituales que puede presentar el paciente, en los signos o síntomas inesperados que insurjan, o en los eventos extra rutinarios.

La enfermera principiante debe estar concentrada en todos los aspectos de su trabajo, sin jerarquizar claramente entre rutinas y novedades, porque ambos son desconocidos por ella. Por tal razón, la comisión de errores es muy frecuente en los primeros niveles de competencia. La enfermera experta, en cambio, domina la rutina y prioriza los problemas más importantes.

### **c) El grado de compromiso:**

En esta área, Benner señala que se atraviesa por un proceso de adquisición de competencias para brindar el cuidado enfermero que va desde ser una observadora externa, no comprometida, típica de una principiante, hasta convertirse en la protagonista, comprometida con la situación que le toca afrontar (132), en busca de las mejores soluciones que su experiencia puede aportarle, propias de una experta.

El compromiso en el cuidado enfermero resulta de fundamental importancia al momento de contrastarlo con la felicidad. De hecho, la premio nobel en medicina Elizabeth Blackburn, ha demostrado que “la gente es más feliz cuando está involucrada en lo que está haciendo y lo es menos cuando se encuentra pensando en otra cosa” (73). A esto le ha llamado la mente errante, qué significa que a diferencia de otros animales el ser humano tiene la capacidad de encontrarse físicamente en un lugar, pero mentalmente estar en otro, ya sea porque están pensando en tareas pendientes por realizar, típica de un principiante o porque no desea estar en ese lugar y en ese momento típica de una persona sin vocación. Estas características nos llevan a la reflexión de la importancia que tiene para la felicidad de la enfermera no sólo la experiencia práctica en el cuidado enfermero, sino también la vocación que tenga.

El grado de compromiso en realidad sería con la otra persona (72), con la que es sujeto de cuidado, porque se desea su bienestar, o como dice Florence Nightingale “poner a la persona en las mejores condiciones para que la naturaleza haga lo suyo”. El disfrutar de lo que se hace mientras se hace es la clave para elevar el nivel de felicidad de la enfermera. Como ha señalado Mihály Csikszentmihalyi, estar concentrado en lo que se hace nos da mejores niveles de flujo que se traduce en la sensación de felicidad (90). Y como señala Seligman la felicidad mayor se da en relación con los demás (22).

**Cuadro 1. Las áreas y niveles de competencia de la performance de enfermería por Patricia Benner.**

Los niveles de la competencia práctica de enfermería	Las áreas de la competencia práctica de enfermería		
	El uso del conocimiento	La situación	El grado de compromiso
Enfermera principiante	De la confianza en los principios abstractos...	Desde su percepción como un cuadro clínico clásico...	De observador apartado, externo...
Enfermera principiante avanzada			
Enfermera competente	↓	↓	↓
Enfermera eficiente	...al uso de las experiencias concretas del pasado en calidad de paradigmas.	...a la visión de un conjunto completo en el cual solo ciertas partes son relevantes.	...a protagonista comprometido en la situación.
Enfermera experta			

**Fuente:** Tomado de Duilio Manara (132), traducción propia.

En el cuadro 1 se aprecia la propuesta teórica de las áreas y niveles de competencia práctica de enfermería según Patricia Benner, y que Duilio Manara sintetizó en ese cuadro. En él se aprecia como la enfermera principiante, es decir con escasa experiencia, brinda un cuidado más bien teórico, centrado en modelos de casos clínicos, sin mayor involucramiento en la escena. Poco a poco irá incorporando sus experiencias previas con

un mayor grado de participación y protagonismo en el cuidado brindado a la persona.

## **2.6. Dominios y competencias del cuidado de enfermería**

La teoría de Patricia Benner acerca de la adquisición de competencias por parte de la enfermera desde sus primeras experiencias fuera de la Universidad hasta alcanzar un nivel máximo de experticia se denomina "From Novice to Expert". En esta teoría, la autora divide el cuidado en ocho dominios con sus respectivas competencias, que permiten evaluar de forma pormenorizada el cuidado de la enfermera. Su estudio permite comprender los requisitos necesarios para brindar un cuidado pleno. A continuación, se presenta cada uno de estos dominios del cuidado enfermero y sus respectivas competencias.

### **2.6.1. Rol de ayuda:**

Este constituye el primer dominio que compone el cuidado de enfermería e incluye el reconocimiento de las necesidades del paciente por parte de la enfermera, aun cuando aquel no sea consciente de dichas necesidades. Tal como señala Patricia Benner, esta falta de reconocimiento podría influir en el grado de satisfacción del paciente (130), que según nuestro criterio podría afectar de algún modo la percepción de la enfermera sobre la aceptación de su cuidado. En efecto podría verse rechazada por el paciente por falta de comprensión en la relación terapéutica de cuidado entre paciente-enfermera. Las competencias que se encuentran en esta dimensión son las siguientes:

#### **- Dimensiones del rol de ayuda:**

- La relación terapéutica: crear un clima idóneo y establecer un programa de compromiso terapéutico.
- Asegurar medidas de confort y preservar la individualidad frente al dolor y a un agotamiento extremo.
- Estar presente al lado del paciente.
- Maximizar la participación del paciente y controlar su recuperación.

- Interpretar el tipo de dolor y seleccionar estrategias apropiadas para gestionarlo y controlarlo.
- Asegurar el bienestar y la comunicación a través del toque.
- Asegurar una sostenibilidad emocional e informativa a los familiares del paciente.
- Guiar al paciente a través de cambios emocionales ligados a la madurez: brindar nuevas opciones y abandonar aquellas viejas: direccionar, enseñar, mediar (130).

### **2.6.2. Función de diagnóstico y seguimiento:**

Estas funciones requieren de la enfermera no sólo la experiencia para el reconocimiento de signos y síntomas que pueda presentar el paciente durante su admisión en el servicio, sino que es necesario un período prolongado para poder conocer mejor a la persona que atiende mientras le brinda el cuidado enfermero. La alta especialización desarrollada en los últimos 30 años ha generado una necesidad cada vez mayor de enfermeras especializadas no sólo en el cuidado de pacientes con condiciones patológicas complejas sino también para el cuidado monitoreo y control de personas que han sufrido intervenciones de mayor complejidad.

Los médicos muchas veces suelen pasar por alto manifestaciones clínicas que la experiencia de la enfermera puede detectar. Es importante señalar que el tiempo dedicado al paciente debe ser relativamente prolongado para conocerlo de manera holística de otro modo se corre el riesgo de infravalorar aspectos determinantes de su salud (130). No obstante, la forma de trabajo de la enfermera en los hospitales peruanos suele limitar el tiempo necesario para brindar el cuidado enfermero adecuadamente, e incluso para conocer a la persona, debido entre otras cosas a la desproporción que hay entre enfermeras y pacientes. A esto se le ha denominado brecha de personal de enfermería.

#### **- Dimensiones de la función de diagnóstico y seguimiento:**

- Registro y documentación de cambios significativos en las condiciones del paciente.

- Brindar una señal precoz de advertencia: prever la crisis y el deterioro antes de una explícita confirmación de los signos diagnósticos.
- Prever los problemas: pensar a futuro.
- Comprender las exigencias particulares y las experiencias ligadas a una enfermedad: prever las necesidades de asistencia del paciente.
- Reconocer en el paciente el potencial de bienestar y de respuesta a las diversas estrategias de tratamiento (130).

### **2.6.3. Administración y vigilancia de intervenciones y regímenes terapéuticos:**

Uno de los procedimientos de enfermería realizados con mayor frecuencia es el de la administración de medicamentos. Según Patricia Benner, las enfermeras no son conscientes de los grandes aportes que pueden realizar en esta práctica. En efecto, existen pocos estudios acerca de la adquisición de competencias para la administración y vigilancia de los regímenes terapéuticos que realizan las enfermeras, y sólo aquellas enfermeras principiantes se dan cuenta de lo complejo que es este tipo de intervenciones por parte de sus colegas expertas.

La administración de medicamentos por vía intravenosa suele ser la más compleja en comparación con otros regímenes terapéuticos. La decisión de colocar una venoclisis como vía para administrar otros fármacos le compete exclusivamente a la enfermera, luego de una evaluación del paciente y sus necesidades terapéuticas. El cuidado de la vía endovenosa requiere de tanta habilidad como la colocación de accesos vasculares, muchas veces de difícil ubicación. Es aquí donde la experiencia de la enfermera cobra gran valor. En esta dimensión también se incluye el cuidado de la piel y la prevención de úlceras por decúbito, así como las intervenciones de rehabilitación del paciente (130).

- **Dimensiones de la Administración y vigilancia de intervenciones y regímenes terapéuticos:**

- Iniciar y mantener la terapia endovenosa con el mínimo de riesgos y de complicaciones
- Administrar los fármacos en modo preciso y seguro: monitorear los efectos adversos, las reacciones, las respuestas terapéuticas, la toxicidad y la incompatibilidad.
- Combatir los riesgos de la inmovilidad: prevenir las lesiones cutáneas o intervenir sobre estas, hacer deambular al paciente y hacerlo ejercitar garantizando la máxima movilidad posible y la rehabilitación previniendo complicaciones respiratorias.
- Activar una estrategia de gestión de heridas que promueva la cicatrización, el confort y un drenaje apropiado (130).

**2.6.4. Gestión eficaz de las situaciones que cambian con rapidez:**

Existe un área gris entre la evolución normal de un paciente y una situación de emergencia, que Patricia Benner denomina situaciones que cambian con rapidez. Estas situaciones suelen presentarse en ausencia de un médico y siempre en presencia de una enfermera. Es esta última la que debe de tener la capacidad de comprender con rapidez el problema que aqueja la persona e intervenir con eficiencia y eficacia para determinar el tipo de ayuda necesaria y disponible que requiera el paciente (130).

- **Dimensiones de la gestión eficaz de las situaciones que cambian con rapidez:**

- Intervenciones competentes en situaciones extremas que ponen en riesgo la vida: rápida comprensión del problema.
- Gestión de la contingencia: rápida interacción entre las necesidades y los recursos disponibles en situaciones de emergencia.
- Identificación y gestión de las crisis de un paciente hasta que no se cuente con la asistencia de un médico (130).

### **2.6.5. Función de enseñanza – formación:**

Dentro de sus funciones, la enfermera desenvuelve su labor de educadora del paciente, así como de coach. en efecto, esta labor la desarrolla como parte de la satisfacción de necesidades cognitivas y de comprensión de la propia enfermedad del paciente, la educación acerca de las manifestaciones clínicas de la patología que adolece, de sus regímenes terapéuticos y de sus medidas preventivas. Estas son cuestiones que el médico, por sus diversas ocupaciones, no puede desarrollar y toca la enfermera cumplir. la experiencia comunicativa y de transmisión de información por parte de la enfermera constituye un aspecto clave. Asimismo, la enfermera, en su rol de coach, orienta al paciente para que realice preguntas específicas al médico sobre su estado de salud (130).

#### **- Dimensiones de la función de enseñanza – formación:**

- Determinación de los tiempos: encontrar la disponibilidad del paciente al aprendizaje.
- Ayudar a los pacientes a integrar su estilo de vida con las implicaciones de la enfermedad y de su recuperación.
- Hacer emerger y comprender la interpretación que el paciente tiene de su enfermedad.
- Dar una interpretación de las condiciones del paciente y una explicación de los procedimientos.
- La función de coaching hace accesibles y comprensibles los aspectos culturalmente evitados por una enfermedad (130).

### **2.6.6. Seguimiento y garantía de calidad de las prácticas de cuidado de la salud:**

El profesional de enfermería desempeña un rol de monitoreo de las intervenciones de otros profesionales y del funcionamiento del servicio como garantía de la calidad en la asistencia que debe recibir todo paciente. las enfermeras suelen detectar errores en los diversos procedimientos a los que se ve sometido el paciente, que luego debe comunicar a su inmediato superior para que se tomen las medidas correctivas respectivas. está

dimensión puede provocar frustración y desánimo en la enfermera dado que muchas organizaciones tienen ciertas carencias que impiden el alcance de la calidad (130).

- **Dimensiones del Seguimiento y garantía de calidad de las prácticas de cuidado de la salud:**

- Prever un sistema de reserva para garantizar una asistencia médica y de enfermería seguras.
- Determinar qué cosa puede ser omitido o agregado a las órdenes del médico sin afectar la seguridad.
- Obtener de los médicos respuestas apropiadas y tempestivas.

**2.6.7. Competencias organizadoras del rol de trabajo:**

Las enfermeras adquieren la competencia de organizar su trabajo en base al establecimiento de prioridades en el servicio. esta competencia se vuelve visible cuando se observa a una enfermera que sabe organizar, planificar y coordinar múltiples necesidades y solicitudes de los pacientes y saben evaluar las prioridades en medio de cambios continuos relativos al paciente (130)..

- **Dimensiones de las competencias organizadoras del rol de trabajo:**

- Coordinar, poner en orden y satisfacer las múltiples necesidades y solicitudes de los pacientes: establecer prioridades.
- Construir y mantener un equipo terapéutico para brindar terapia óptima.
- Hacer frente a la carencia de personal y a una rotación del servicio elevada.
- Planificar para las situaciones contingentes.
- Prever y prevenir los periodos de elevada sobrecarga laboral dentro de un turno.
- Utilizar y mantener el espíritu de grupo: obtener el apoyo de otros enfermeros.
- Mantener una actitud solícita frente a los pacientes incluso en ausencia de contacto frecuente y estrecho con ellos.

- Mantener una actitud flexible en relación con los pacientes, la tecnología y la burocracia (130).

#### **2.6.8. Rol de consultoría:**

La enfermera desempeña un rol de soporte frente a las necesidades tanto del paciente como de sus propios colegas, ejerciendo un rol de Abogacía frente a determinadas circunstancias que pueden afectar ciertos bienes que ameritan tutela (130).

#### **- Dimensiones del rol de consultoría:**

- Proporcionar consultoría del cuidado del paciente al personal de enfermería a través de la intervención y seguimiento directo.
- Participar en el proceso de aprendizaje acerca del rol de la enfermería en situaciones clínicas, atención al paciente, de nuevos miembros del equipo de Enfermería.
- Proporcionar defensa o "rol de abogacía" a los pacientes, mediante la sensibilización del personal, acerca de los dilemas que enfrentan los pacientes y familiares que requieren atención médica (130).

### **3. La felicidad del cuidado enfermero: entre la rutina y el desborde de trabajo**

Al analizar el cuidado enfermero desde la perspectiva de la *Flow Theory* de Csíkszentmihályi, emergen con mayor claridad los factores posibilitadores de un cuidado feliz y también las dificultades que enfrenta. Como ya se ha dicho una actividad humana a la que se le dedique la máxima concentración e interés, desencadena la experiencia del flujo o Flow, que trae consigo esa gran satisfacción a quien la realiza. Es una vivencia feliz, en suma. El cuidado enfermero, como toda actividad profesional, también le permite a la enfermera fluir durante su ejecución. Sin embargo, existen dos extremos que constituyen las amenazas del cuidado feliz, a saber: la rutina y el desborde de trabajo.

### 3.1. La rutina y el cuidado enfermero: ¿aliada o enemiga?

La rutina es un hábito o costumbre individual o colectivo que permite realizar ciertas actividades, más o menos complejas, sin mayor reflexión. El filósofo cognitivo Alva Noë ha precisado que los seres humanos son criaturas rutinarias y la forma de relacionarse con el entorno es a través de la creación de rutinas o hábitos, porque permiten la fluidez de una habilidad, al convertir en experto a todo aquel que logra el dominio *no reflexivo* de su arte (80). La reflexión racional, ese intelectualismo excesivo que suele aplicársele al *homo sapiens* como una de sus operaciones cognitivas más importantes, es inexacto, según el autor, puesto que convertiría a las personas en eternos principiantes desconocedoras del entorno e incapaces de mostrar dominio sobre él. Ser puramente intelectuales impediría desarrollar alguna virtud, porque se estaría en una actitud eternamente analítica y reflexiva, buscando descubrir e interpretar la realidad perpetuamente.

En efecto, Noë explica que es gracias a los hábitos adquiridos que uno puede concentrarse en el objetivo y no en los movimientos que ejecutan la maniobra. En un cierto sentido, “mientras uno sea más bueno en lo que hace, menos trabajo le da a su cerebro” (80). En otros términos, podríamos decir que la enfermera experta es aquella que se centra en la finalidad del cuidado y no en los movimientos corporales que debe realizar para ejecutarlo, porque ya los domina.

Estudios neurocientíficos han demostrado que los atletas o músicos expertos, suelen desarrollar habilidades motoras extraordinarias producto de la práctica prolongada e intensiva, que los lleva a desarrollar dos habilidades críticas, a saber: un nivel de desempeño máximo que supera con creces el de los no expertos, y un enfoque privilegiado en el desempeño motor que les permite excluir las distracciones. Señalan que el cíngulo posterior, el complejo amígdala-prosencéfalo y los ganglios basales se mantienen activos sólo en los novatos, mientras que en los expertos se registran solo activaciones neuronales en el lóbulo parietal superior, el área

premotora lateral dorsal y el área occipital. Sugieren que los expertos desarrollan una organización enfocada y eficiente de redes neuronales relacionadas a tareas específicas, cosa que los principiantes no pueden hacer porque tienen dificultades para el filtrado de la información irrelevante. Tal vez sea por ello por lo que un novato dedica tanto tiempo a realizar una actividad que un experto la ejecuta en pocos minutos (133).

Sin embargo, no siempre el control de la situación resulta favorable para la enfermera experta. De hecho, puede jugar un papel en contra de su misma salud. Sapolsky explica que el tener mayor control sobre nuestras actividades puede hacernos caer en el error de creer que frente a un problema de alta complejidad, nuestro esfuerzo cada vez mayor puede ser la clave para solucionarlo, sin percibir que existen muchas situaciones que están fuera de nuestro alcance, y que su solución no será posible por más que nos esforcemos para resolverlas (134).

Está claro que los niveles de felicidad no pueden ser muy altos en las primeras etapas de la adquisición de competencias. Los niveles de estrés que presenta el trabajador novicio suelen ser mucho más altos en comparación con aquel que ya tiene cierto grado de experiencia, lo que ocasiona una sensación de tensión *in crescendo*, que se aleja de las sensaciones placenteras y de la felicidad. Como ha señalado Sapolsky, el aprendiz suele equivocarse con mayor frecuencia incluso en actos que normalmente ejecutaría sin problemas (134). En cambio, una enfermera experta tiene un dominio mucho mayor de lo que hace, se concentra en los aspectos realmente importantes, dejando pasar aquellos irrelevantes. Desde esta perspectiva la rutina puede ser muy útil para realizar un cuidado enfermero centrado en lo esencial. Pero si el trabajo se convierte en poco estimulante, repetitivo, reducido a unas cuantas tareas sin una finalidad clara, las consecuencias para el trabajador pueden ser negativas, e incluso empobrecedoras.

Tal como lo había explicado Adam Smith en “La riqueza de las naciones”, su obra más importante, al referirse a la división del trabajo señaló que era

muy conveniente para incrementar la productividad. De hecho, esta fue la principal causa, según el padre de la economía, de la revolución industrial. No obstante, en la segunda parte de su *opera magna*, señala las consecuencias de la división del trabajo para el trabajador, y que citamos literalmente: “(...) *la inteligencia de la mayoría de las personas se conforma a través de sus actividades habituales. Una persona que dedica toda su vida a ejecutar unas pocas operaciones sencillas, cuyos efectos son quizás siempre o casi siempre los mismos, no tiene ocasión de ejercitar su inteligencia o movilizar su inventiva para descubrir formas de eludir dificultades que nunca enfrenta. Por ello, pierde naturalmente el hábito de ejercitarlas y en general, se vuelve tan estúpido e ignorante como pueda volverse una criatura humana. La torpeza de su mente lo tornó no sólo incapaz de disfrutar o soportar una fracción de cualquier conversación racional, sino también de abrigar cualquier sentimiento generoso, noble o tierno y, en consecuencia, de formarse un criterio justo incluso sobre muchos de los deberes normales de la vida privada (...) La uniformidad de su vida estacionaria naturalmente corrompe el coraje de su espíritu y (...) llega incluso a corromper la actividad de su cuerpo y lo convierte en incapaz de ejercer su fortaleza con vigor y perseverancia en ningún trabajo diferente del habitual. De esta forma, parece que su destreza en su propio oficio es adquirida a expensas de sus virtudes intelectuales, [y] sociales (...)*” (135).

Como se puede apreciar en la fuerza de estas palabras, Smith había comprendido, *avant la lettre*, lo que los neurocientíficos han demostrado posteriormente, acerca de los peligros de la rutinización de las actividades humanas. En efecto, la rutina es una estrategia del cerebro para economizar el tiempo en ciertas tareas, lo cual nos deja un lapso mayor para realizar otras actividades de mayor complejidad, que se plantean como un desafío estimulante para nuestras capacidades cognitivas (memoria, atención, creatividad, inteligencia, etc.). La *Global Council on Brain Health*, por ejemplo, citada por el prestigioso neurocientífico argentino Facundo Manes, ha recomendado que se realicen actividades rutinarias

que resulten interesantes y desafiantes para conservar la salud cerebral (136,55).

En ausencia de tales rutinas interesantes y desafiantes, empero, la rutina se convierte en estrés y este a su vez en afectación severa de nuestra salud (mente, cuerpo y relaciones sociales). Un servicio de hospitalización puede convertirse en un lugar muy rutinario y presentar pocos desafíos para la enfermera, si en lugar de brindar el cuidado holístico, es decir completo para cada paciente, se lo divide en pequeñas tareas, como controlar los signos vitales, administrar medicamentos, o pasar visita con el médico. Todas estas actividades pueden ser poco desafiantes y escasamente interesantes. El cuidado enfermero es mucho más que solo el cumplimiento de estas tareas.

Por otro lado, la sobrecarga de trabajo también puede generar altos niveles de frustración en la enfermera, lo que se ha podido verificar particularmente durante los años de la pandemia (137). El exceso de trabajo desborda las posibilidades de realizar un cuidado de calidad, pero no solo eso, sino que genera estrés laboral y síndrome de burnout (138). A estos problemas se añade también la ansiedad que se genera cuando se asumen retos que sobrepasan nuestras posibilidades.

**Gráfico 4. Metaparadigma de la Felicidad del Cuidado**



## C. HIPÓTESIS

**H<sub>1</sub>:** El cuidado enfermero influye positivamente en la felicidad del personal del departamento de enfermería del HRHD, Arequipa 2020.

**H<sub>0</sub>:** El cuidado enfermero no influye en la felicidad del personal del departamento de enfermería del HRHD, Arequipa 2020.

## D. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

### 1. Cuidado enfermero

Es el Arte y ciencia humana de basado en la sabiduría práctica y cuyo desempeño se realiza a través de ocho dimensiones, a saber: el rol de ayuda, la función de diagnóstico y seguimiento del paciente, la administración y la vigilancia de las intervenciones y de los regímenes terapéuticos, la gestión eficaz de las situaciones que cambian con rapidez, la función de enseñanza-formación, el seguimiento y la garantía de calidad de las prácticas de cuidado de la salud, las competencias organizadoras del rol de trabajo y el rol de consultoría de la enfermera (130).

El cuidado enfermero es una variable cuantitativa, en escala de razón, medida con la “Escala de cuidado de enfermería por dominios y competencias”, de Neeraj Kak, 2001; cuyos puntajes se encuentran comprendidos entre 32 y 128 puntos. Para la descripción por niveles de la variable, los puntajes antes señalados se agrupan de la siguiente manera:

Cuidado enfermero	Puntaje
Adecuado	De 104 a 128 puntos
Regular	De 76 a 103 puntos
Inadecuado	De 32 a 75 puntos

<b>Dimensiones del cuidado enfermero</b>	<b>Puntaje</b>
<b>1. Rol de ayuda</b> Alto Medio Bajo	De 15 a 20 puntos De 10 a 14 puntos De 5 a 9 puntos
<b>2. La función de diagnóstico y seguimiento del paciente</b> Alto Medio Bajo	De 15 a 20 puntos De 10 a 14 puntos De 5 a 9 puntos
<b>3. La administración y la vigilancia de las intervenciones y de los regímenes terapéuticos</b> Alto Medio Bajo	De 9 a 12 puntos De 6 a 8 puntos De 3 a 5 puntos
<b>4. La gestión eficaz de las situaciones que cambian con rapidez</b> Alto Medio Bajo	De 9 a 12 puntos De 6 a 8 puntos De 3 a 5 puntos
<b>5. La función de enseñanza – formación</b> Alto Medio Bajo	De 15 a 20 puntos De 10 a 14 puntos De 5 a 9 puntos
<b>6. El seguimiento y la garantía de calidad de las prácticas de cuidado de la salud</b> Alto Medio Bajo	De 12 a 16 puntos De 8 a 11 puntos De 4 a 7 puntos
<b>7. Las competencias organizadoras del rol de trabajo</b> Alto Medio Bajo	De 12 a 16 puntos De 8 a 11 puntos De 4 a 7 puntos
<b>8. El rol de consultoría</b> Alto Medio Bajo	De 9 a 12 puntos De 6 a 8 puntos De 3 a 5 puntos

## 2. Felicidad

Es el estado anímico que manifiesta tener el ser humano en cuanto a sentirse con alegría, armonía, paz interior, con un enfoque de positividad manifestada por sentirse satisfecho con su vida o meta realizada; es decir, la felicidad está enmarcada en manifestar en todo momento un gozo y satisfacción personal (6). La felicidad es una variable cuantitativa, en escala de razón, que fue medida con la “Escala de felicidad de Lima”, de Alarcón, 2006, cuyos puntajes se encuentran comprendidos entre 24 y 96 puntos. Para la descripción por niveles de la variable, los puntajes antes señalados se agrupan de la siguiente manera:

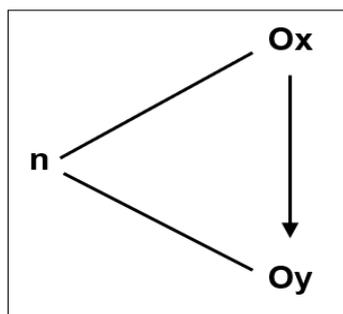
<b>Felicidad</b>	<b>Puntaje</b>
Alta	De 72 a 96 puntos
Media	De 48 a 71 puntos
Baja	De 24 a 47 puntos
<b>Dimensiones del cuidado enfermero</b>	<b>Puntaje</b>
<b>1. Sentido positivo de la vida</b>	
Alto	De 18 a 24 puntos
Medio	De 12 a 17 puntos
Bajo	De 6 a 11 puntos
<b>2. Satisfacción con la vida</b>	
Alto	De 18 a 24 puntos
Medio	De 12 a 17 puntos
Bajo	De 6 a 11 puntos
<b>3. Realización personal</b>	
Alto	De 21 a 28 puntos
Medio	De 14 a 20 puntos
Bajo	De 7 a 13 puntos
<b>4. Alegría de vivir</b>	
Alto	De 16 a 20 puntos
Medio	De 10 a 15 puntos
Bajo	De 5 a 9 puntos

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

#### A. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo descriptivo, con un enfoque cuantitativo. El diseño es correlacional-causal (140), porque, tal como explica Hernández y Mendoza, busca establecer la correlación entre la variable independiente X ( $O_x$ ) y la variable dependiente Y ( $O_y$ ), así como predecir las puntuaciones de  $O_y$  a partir de las puntuaciones de  $O_x$  (140) .



Fuente: adaptado de Sánchez-Carlessi (141)

#### Donde:

n = Muestra

$O_x$  = Variable independiente: Cuidado enfermero

$O_y$  = Variable dependiente: Felicidad

↓ = Causalidad

## **B. PROCEDIMIENTO**

1. Obtención de consentimiento para la ejecución del estudio.
2. Aplicación de la prueba piloto en el hospital Goyeneche al 10% de la población.
3. Aplicación directa de los instrumentos de medición para la recolección de datos a sobre la felicidad y sobre el cuidado enfermero, a las enfermeras asistenciales de los servicios del HRHD de Arequipa, durante los meses de diciembre del 2019 a febrero del 2020.
4. Elaboración del informe final.

## **C. DESCRIPCIÓN DEL LUGAR DE ESTUDIO**

El Hospital Regional III Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, se fundó el 18 de Julio de 1960 con el nombre de Hospital General a partir del primero de abril de 1969 pasa a ser hospital base mediante resolución ministerial. En 1976 se transforma en Hospital Regional III Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, el cual se encuentra ubicado en la Av. Alcides Carrión # 505 la pampilla.

El hospital en mención pertenece al Ministerio de Salud y corresponde al III nivel de complejidad que atiende a la población de la zona urbana, periurbana, semirrural y rural de Arequipa. Cuenta con 5 áreas de atención: medicina, cirugía, materno infantil, área crítica y área ambulatoria. Cuenta con un aproximado de 1200 trabajadores: 182 médicos; 373 enfermeras entre nombradas y contratadas, 208 técnicos de enfermería y auxiliares, 25 obstétrices y 105 trabajadores administrativos y de servicio.

## **D. POBLACIÓN Y MUESTRA**

### **1. Población de estudio**

La población de estudio estuvo constituida por un total de 125 enfermeras de los servicios de UCI, Neonatología, Cirugía varones, Ginecología, Emergencia, Unidad de quemados, Pediatría, Medicina mujeres y Obstetricia del HRHD, durante el periodo diciembre del 2019 a febrero del 2020. Luego de la aplicación de los criterios de selección, se trabajó obtuvo

una población de 105 enfermeras distribuidas por servicios tal como se aprecia en el Cuadro 2 (142).

**Cuadro 2. Distribución de la población de estudio por Servicio del HRHD, Arequipa 2020**

<b>Población de estudio por Servicio</b>	<b>N</b>
UCI	13
Neonatología	12
Cirugía varones	17
Ginecología	9
Emergencia	11
Unidad de quemados	8
Pediatría	12
Medicina mujeres	15
Obstetricia	8
Total	105

Fuente: Departamento de enfermería HRHD 2020.

### 1.1. Criterios de selección

#### a) Criterios de inclusión

- Enfermeras que se encuentren laborando durante la aplicación de los instrumentos.
- Enfermeras que hayan firmado el consentimiento informado.

#### b) Criterios de exclusión

- Enfermeras que se encuentren en periodo de vacaciones.
- Enfermeras que se encuentran de licencia o de descanso.

## 2. Muestra

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó la fórmula probabilística para poblaciones finitas:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{E^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

**Donde:**

N = población

Z<sup>2</sup> = nivel de confianza

E = nivel de error

n = muestra

$$n = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5 * 105}{0.05^2(105 - 1) 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$\mathbf{n = 83}$$

Finalmente, se tomó una muestra de 83 enfermeras de los servicios de hospitalización del Hospital Regional III Honorio Delgado Espinoza, Arequipa-Perú.

### 3. Muestreo

Para la selección de la muestra se utilizó el tipo de muestreo probabilístico estratificado según servicio de hospitalización.

Para el muestreo estratificado se utilizó la siguiente formula:

$$\mathbf{n1 = (83) * Ni}$$

**Donde:**

N = Población

n = Tamaño de la Muestra

Ni = Estrato i de la población en la muestra

n1 = Tamaño aleatorio estratificado de la muestra

**Cuadro 3. Muestreo estratificado según servicios del HRHD, Arequipa 2020**

Servicio asistencial, HRHD	Población por servicio	Muestreo estratificado
	Ni	n1
UCI	13	11
Neonatología	12	10
Cirugía varones	17	15

Ginecología	9	6
Emergencia	11	8
Unidad de quemados	8	6
Pediatría	12	6
Medicina mujeres	15	15
Obstetricia	8	6
Total	105	83

Fuente: Departamento de enfermería HRHD 2020.

## E. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para la recolección de datos se empleó:

- **Método:** la encuesta
- **Técnica:** la entrevista
- **Instrumento:** la escala.

### 1. INSTRUMENTOS:

#### 1.1. Variable X: Cuidado Enfermero

Se empleó la “Escala de Cuidado de Enfermería por dominios y competencias” adaptada por Melgar y Castro para el Perú, de “Domains of nursing care and key competencies” de Neeraj Kak, 2001; en base a los dominios y competencias de Patricia Benner (36,142). Este instrumento consta de 8 dominios y 32 competencias, en una escala Likert con 4 opciones:

Opciones	Valor
Nunca	1 punto
A veces	2 puntos
Frecuentemente	3 puntos
Siempre	4 puntos

- **Validez y confiabilidad del instrumento**

El instrumento fue sometido a la validez de constructo por su autor, tomando como base los dominios y competencias de Patricia Benner.

**Resumen de procesamiento de casos**

Casos	n	%
Válidos	83	100,0
Excluidos <sup>a</sup>	0	0,0
Total	83	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
0,961	8

De acuerdo con el índice alfa de Cronbach aplicado a los datos del presente estudio, se tiene que el instrumento para el cuidado enfermero es altamente confiable (0.961 = 96.1%) (140).

**1.2. Variable Y: Felicidad**

Para la variable independiente se empleó la “Escala de la Felicidad de Lima” del 2015, cuyo autor es el investigador peruano Reynaldo Alarcón, primer especialista en el tema de la felicidad en el país. El instrumento consta de cuatro dimensiones, a saber:

- Sentido positivo de la vida,
- Satisfacción con la vida,
- Realización personal, y
- Alegría de vivir.

Está compuesto de 24 ítems, en una escala tipo Likert con 4 opciones cuyos puntajes son los siguientes:

<b>Escala</b>	<b>Valor</b>
Totalmente en desacuerdo	1 punto
En desacuerdo	2 puntos
De acuerdo	3 puntos
Totalmente de acuerdo	4 puntos

**- Validez y confiabilidad del instrumento**

El instrumento fue sometido a la validez de criterio ( $r=0.738$ ;  $p<0.01$ ) y de constructo, mediante análisis factorial de cuatro componentes que explicaron el 49.79% de la varianza total. Para la confiabilidad de la escala de Felicidad de Lima, se empleó el índice alfa de Cronbach para un total de 24 reactivos o ítems, obteniéndose los siguientes resultados:

<b>Resumen de procesamiento de casos</b>		
<b>Casos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Válido	83	100,0
Excluido <sup>a</sup>	0	0,0
Total	83	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

**Estadísticas de fiabilidad**

<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Nº de elementos</b>
0,921	24

De acuerdo con el índice alfa de Cronbach aplicado a los datos del presente estudio, se tiene que el instrumento para la felicidad es altamente confiable ( $0.921 = 92.1\%$ ) (140).

## 2. Análisis estadístico

El análisis descriptivo se realizó a través del cálculo de frecuencias ( $n$ ), porcentajes (%), y medidas de tendencia central: media aritmética ( $\bar{X}$ ) y de dispersión: desviación estándar ( $\sigma$ ). En cuanto al análisis inferencial, para la asociación de las características sociodemográficas y laborales con las variables de estudio se empleó el estadístico chi cuadrado ( $X^2$ ) de independencia.

Para la selección de la prueba de correlación de las variables de investigación se utilizó la prueba  $r$  de Pearson, la  $t$  independiente y ANOVA de una vía, luego de la aplicación de la prueba de normalidad. Asimismo, para la identificación de los predictores se utilizó el análisis de regresión lineal simple y la ecuación de la recta, con los que se demostró la causalidad (143,144).

### 2.1. Prueba de normalidad de la muestra

Para la elección de la prueba estadística aplicable a los datos de la presente investigación se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov de bondad de ajuste, con corrección de Lilliefors, porque la muestra es superior a las 30 unidades de análisis ( $n=83$ ) y con una significancia estadística de 0.05 (5%).

Para la realización de la prueba de normalidad se plantearon las hipótesis de normalidad siguientes:

**H<sub>0</sub>:** La distribución de la variable aleatoria NO es distinta a la distribución normal.

**H<sub>1</sub>:** La distribución de la variable aleatoria es distinta a la distribución normal.

**Cuadro 4. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra con corrección de significación de Lilliefors**

		<b>Puntaje Cuidado enfermero</b>	<b>Puntaje Felicidad</b>
N		83	83
Parámetros normales <sup>a,b</sup>	Media	96,88	77,01
	Desviación estándar	11,325	8,693
Máximas diferencias extremas	Absoluta	0,072	0,069
	Positivo	0,072	0,069
	Negativo	-0,071	-0,044
Estadístico de prueba		0,072	0,069
Sig. asintótica (bilateral)		<b>0,200<sup>c,d</sup></b>	<b>0,200<sup>c,d</sup></b>

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

d. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

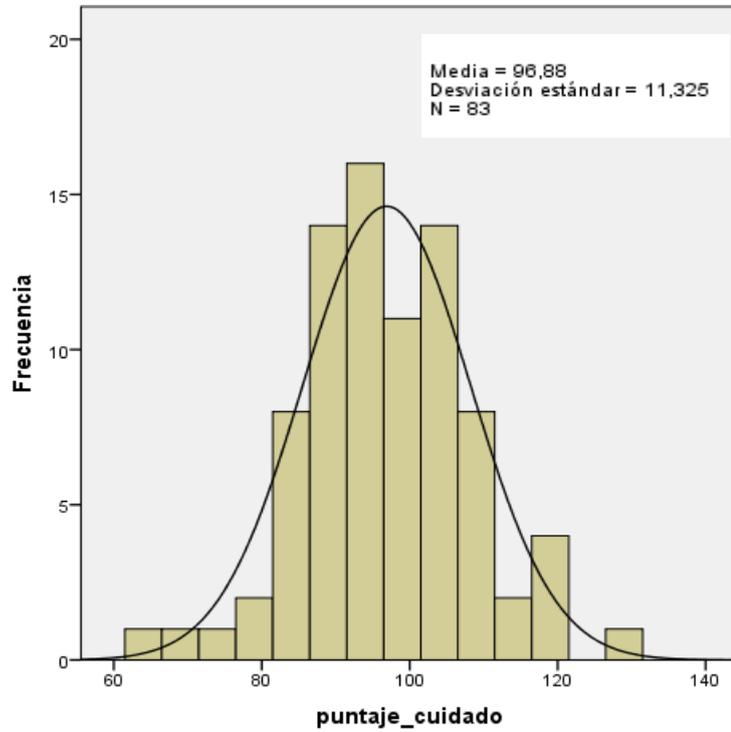
### **2.1.1. Resultados:**

Según los resultados de la prueba Kolmogorov-Smirnov se tiene que el nivel de significancia estadística es el siguiente:  $p\text{-valor} = 0,200 > 0,05$  para las variables cuidado enfermero y felicidad; por lo que se acepta la hipótesis nula ( $H_0$ ) y se rechaza la hipótesis alternativa ( $H_1$ ) (véase gráfico 1).

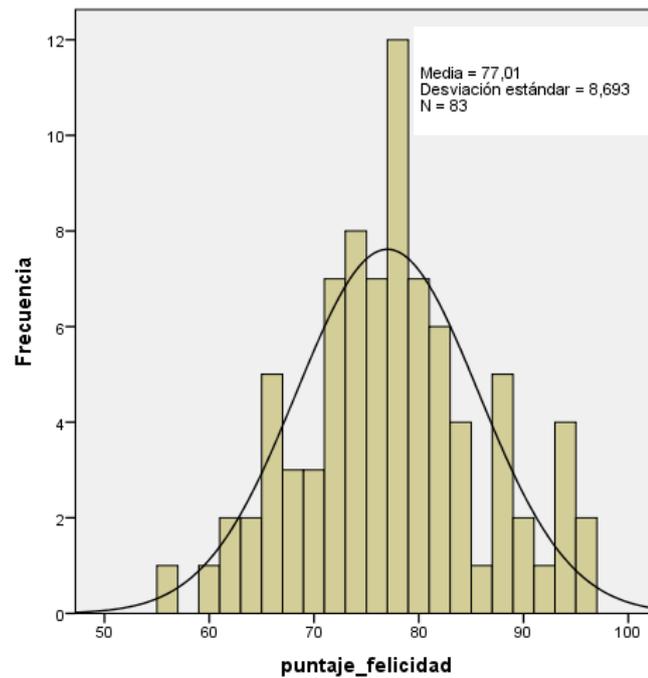
### **2.1.2. Conclusión:**

Dado que la significancia estadística es superior a 0,05, se puede concluir que los datos de las variables de estudio cuidado enfermero y felicidad tienen una distribución normal, en virtud de lo cual se pueden aplicar pruebas estadísticas paramétricas. Para el presente estudio se aplicarán la prueba  $r$  de Pearson y la Regresión Lineal simple.

**Gráfico 5. Distribución normal de la variable cuidado enfermero**



**Gráfico 6. Distribución normal de la variable felicidad**



## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

#### **A. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

En el presente capítulo se exponen en tablas los resultados de la investigación, luego de la aplicación de los instrumentos validados y del recojo de la información en el área de estudios. Asimismo, se presenta su interpretación, la prueba de hipótesis y un gráfico que así lo demuestra.

**TABLA 1**  
**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EDAD, SEXO Y ESTADO CIVIL,**  
**AREQUIPA 2020**

<b>Edad</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
26 - 30	11	13,3
31 - 40	23	27,7
41 - 50	13	15,7
51 - 60	22	26,5
61- 66	14	16,9
Total	83	100,0

$\bar{X} = 46,61$ ;  $\sigma = 13,168$ ;  $Q_1 = 33,0$ ;  $Q_2 = 48,0$ ;  $Q_3 = 59,0$

<b>Sexo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Femenino	77	92,8
Masculino	6	7,2
Total	83	100,0

<b>Estado civil</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Casada	45	54,2
Soltera	29	34,9
Divorciada	4	4,8
Conviviente	3	3,6
Viuda	2	2,4
Total	83	100,0

**Fuente:** Encuesta, elaboración propia.

En la tabla 1 se observa que la edad de las enfermeras estudiadas fluctúa entre los 26 y 66 años, con un promedio de 46,61 años y una desviación estándar de 13,168 años. El 25% de la muestra tiene una edad inferior a 33 años, el 50% tiene edades inferiores a los 48 años mientras que el 75% tiene edades por debajo a los 59 años. Por lo tanto, se trata de una población mixta, con predominio de enfermeras adultas con respecto a las enfermeras jóvenes. En cuanto al sexo, se aprecia que el 92,8% (n=77) de las enfermeras estudiadas es de sexo femenino, mientras que un 7,2% (n=6) es de sexo masculino. Estos resultados corroboran que la enfermería es una profesión tradicionalmente desarrollada por mujeres.

El estado civil del personal del departamento de enfermería es soltero en el 54,2% (n=45); es soltera en un 34,9% (n=29), divorciada en el 4,8% (n=4), conviviente en el 3,6% (n=3) y viuda en el 2,4% (n=2) de los casos. Se puede apreciar que, si bien más de la mitad de las enfermeras son casadas, un tercio de ellas son solteras, una tendencia que hasta algunos años era mayoritaria debido a la decisión personal que muchas asumían.

**TABLA 2**  
**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN CARACTERÍSTICAS LABORALES,**  
**AREQUIPA 2020**

<b>Tipo de contrato</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Nombrado (D.L.276)	59	71,1%
Contratado (D.L.728)	15	18,1%
CAS (D.L.1057)	9	10,8%
Total	83	100,0%

<b>Servicio donde trabaja</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Cirugía varones	15	18,1%
Medicina mujeres	15	18,1%
UCI	11	13,3%
Neonatología	10	12,0%
Emergencia	8	9,6%
Unidad de quemados	6	7,2%
Pediatría	6	7,2%
Ginecología	6	7,2%
Obstetricia	6	7,2%
Total	83	100,0%

**Fuente:** Encuesta, elaboración propia.

En la tabla 2 se observa que el 71,1% (n=59) de enfermeras tiene un vínculo laboral con el hospital mediante un contrato laboral regulado en el D.L. 276; el 18,1% (n=15) tiene un contrato laboral bajo el D.L 728, mientras que el 10,8% (n=9) mantiene un contrato de trabajo mediante el D.L. 1057 (régimen CAS). En cuanto al Decreto Legislativo N° 276 (Ley de Bases de la Carrera Administrativa), es un contrato de nombramiento, en el que el trabajador puede desarrollar la carrera pública, con la posibilidad de ascender y ocupar cargos directivos. El Decreto Legislativo N° 728, o “Ley de productividad y competitividad laboral”, permite desarrollar actividades laborales por un periodo predeterminado, con reconocimiento de los derechos laborales, pero no permite desarrollar la carrera pública. Por último, el Decreto Legislativo 1057, o contrato administrativo de servicios (CAS) es un contrato de exclusividad estatal que lo vincula con el trabajador para que este desarrolle su actividad laboral bajo los derechos y

restricciones establecidos en esta norma. Es un contrato temporal, que no goza de los derechos del D.L. 728 ni mucho menos del D.L. 276. En la actualidad se ha planteado su inconstitucionalidad ante el tribunal constitucional.

En cuanto a la distribución de las enfermeras por servicio asistencial donde trabaja, se puede observar que el 18,1% (n=15) se desempeña en el servicio de cirugía varones y medicina mujeres respectivamente; el 13.3% (n=11) labora en la unidad de cuidados intensivos (UCI); el 12.0% (n=10) en neonatología; el 9,6% (n=8) en emergencia; y finalmente un 7,2% (n=6) realiza sus labores de enfermería en la unidad de quemados, pediatría, ginecología y obstetricia respectivamente. Como puede apreciarse en esta tabla, se ha contado con la participación representativa de las enfermeras de los principales servicios del HRHD, lo que convierte a la muestra en representativa de todo el hospital.

**TABLA 3**  
**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN TIEMPO DE TRABAJO EN EL**  
**HOSPITAL Y EN EL SERVICIO, AREQUIPA 2020**

Tiempo de trabajo	Hospital		Servicio	
	n	%	n	%
Menos de 1 año	10	12,0%	9	10,8%
De 1 a 2 años	7	8,4%	4	4,8%
De 2 años 1 mes a 3 años	3	3,6%	3	3,6%
De 3 años un mes a 5 años	8	9,6%	7	8,4%
De 5 años 1 mes a 10 años	16	<u>19,3%</u>	15	<u>18,1%</u>
De 10 años 1 mes a 20 años	12	14,5%	10	12,0%
De 20 años 1 mes a 30 años	16	<u>19,3%</u>	21	<u>25,3%</u>
De 30 años 1 mes a 40 años	9	10,8%	14	16,9%
Mas de 40 años	2	2,4%	0	0,0%
Total	83	100,0%	83	100,0%

**Fuente:** Encuesta, elaboración propia.

En la tabla 3 se observa que un 19,3% (n=16) de enfermeras trabaja de 5 a 10 años y de 20 a 30 años en el Hospital Regional Honorio Delgado respectivamente. Asimismo, se aprecia que el 25,3% (n=21) labora en su mismo servicio de 20 a 30 años, mientras que un 18,1% (n=15) trabaja de 5 a 10 años.

Estos datos revelan que el personal del departamento de enfermería lleva un tiempo relativamente prolongado desarrollando su trabajo y, por lo tanto, tienen una experiencia laboral que las ubicaría en un nivel competente, eficiente o experta según la clasificación de Patricia Benner. En estas etapas, las áreas de competencia de la enfermera se subdividen en tres áreas de competencia: a) uso de conocimientos: desde la confianza en los principios abstractos hasta el uso de la experiencia concreta del pasado en

forma de paradigmas; b) situación: desde su percepción como un cuadro clínico clásico hasta una visión de conjunto en el que solo ciertos aspectos del estado clínico del paciente son relevantes; y c) grado de involucramiento: desde observadora externa hasta protagonista comprometida en la situación clínica específica.

**TABLA 4**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO POR SERVICIO SEGÚN SU PRINCIPAL MOTIVO DE FELICIDAD, AREQUIPA 2020**

Servicio	Motivo de felicidad								Total	
	Familia		Trabajo en el servicio		Desarrollo personal		Pacientes			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Medicina mujeres	6	7,2%	3	3,6%	4	4,8%	2	2,4%	15	18,1%
Cirugía varones	7	8,4%	<u>5</u>	<u>6,0%</u>	2	2,4%	1	1,2%	15	18,1%
UCI	3	3,6%	<u>7</u>	<u>8,4%</u>	0	0,0%	1	1,2%	11	13,3%
Neonatología	5	6,0%	3	3,6%	0	0,0%	2	2,4%	10	12,0%
Emergencia	6	7,2%	1	1,2%	1	1,2%	0	0,0%	8	9,6%
Ginecología	2	2,4%	2	2,4%	2	2,4%	0	0,0%	6	7,2%
U. de quemados	1	1,2%	3	3,6%	1	1,2%	1	1,2%	6	7,2%
Pediatría	3	3,6%	2	2,4%	0	0,0%	1	1,2%	6	7,2%
Obstetricia	2	2,4%	2	2,4%	2	2,4%	0	0,0%	6	7,2%
Total	<u>35</u>	<u>42,2%</u>	<u>28</u>	<u>33,7%</u>	12	14,5%	8	9,6%	83	100,0%

Fuente: Encuesta, elaboración propia.

En la tabla 4 se aprecia, el 42,2% (n=35) de enfermeras manifiesta que su familia constituye el principal motivo de su felicidad; el 33,7% (n= 28) señala a su trabajo en el servicio; el 14,5% (n=12) considera a su desarrollo personal; mientras que el 9,6% (n=8) indica que los pacientes que cuida son su principal motivo de felicidad. Asimismo, se observa que los servicios donde el trabajo es su mayor motivo de felicidad se encuentran en UCI con el 8,4% y cirugía con un 6,0%.

De estos datos se desprende que, si bien la familia constituye el principal motivo de felicidad para las enfermeras, los demás motivos señalados se relacionan en su conjunto con el cuidado enfermero, manifestado como su trabajo en el servicio, su desarrollo personal como enfermera y los pacientes que cuida, que suman más de la mitad de los casos.

**TABLA 5**  
**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN NIVEL DE FELICIDAD Y SUS**  
**DIMENSIONES, AREQUIPA 2020**

	<b>Nivel</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Felicidad</b>	Alto	59	71,1
	Medio	24	28,9
	Bajo	0	0,0
	Total	83	100,0
<b>Dimensiones de la felicidad</b>	<b>Nivel</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
	Alto	44	53,0
	Medio	39	47,0
	Bajo	0	0,0
Sentido positivo	Total	83	100,0
	<b>Nivel</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
	Alto	53	63,9
	Medio	30	36,1
Satisfacción con la vida	Bajo	0	0,0
	Total	83	100,0
	<b>Nivel</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
	Alto	49	59,0
Realización personal	Medio	34	41,0
	Bajo	0	0,0
	Total	83	100,0
	<b>Nivel</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Alegría de vivir	Alto	42	50,6
	Medio	41	49,4
	Bajo	0	0,0
	Total	83	100,0

**Fuente:** Encuesta, elaboración propia.

En la tabla 5 se puede observar el 71,1% (n=59) de enfermeras tiene un nivel de felicidad alto; el 28,9% (n=24) tiene un nivel medio; mientras que no se ha registrado ningún caso con nivel bajo de felicidad. Estos resultados permiten afirmar, desde la concepción de Reynaldo Alarcón, autor de la escala de felicidad de Lima, que la felicidad que manifestada por el personal del departamento enfermería del HRHD corresponde a un estado más o menos duradero de satisfacción que experimentaron por un bien deseado, al momento de ser encuestadas.

Asimismo, se puede apreciar que en las dimensiones de la felicidad más de la mitad de las enfermeras señalan encontrarse en un nivel alto. Así se tiene que el 53,0% (n=44) de enfermeras encuestadas tiene un sentido positivo u optimista de su vida; el 63,9% (n=53) manifiesta un nivel alto en la dimensión felicidad con su vida; 59,0% (n=49) refiere encontrarse en un nivel alto de realización personal o satisfacción; mientras que un 50,6% (n=42) manifiesta un nivel alto en la dimensión alegría de vivir.

Según la teoría de la felicidad de Reynaldo Alarcón, el personal de enfermería del HRHD presenta un nivel alto de felicidad en sus cuatro dimensiones. Las dimensiones de Alarcón se podrían equiparar, desde la perspectiva del máximo representante de la psicología positiva, Martin Seligman, con su propuesta de las emociones de la felicidad en sus tres dimensiones temporales, a saber: a) en el pasado la realización personal o satisfacción; b) en el presente la alegría de vivir; y c) en el futuro el sentido positivo u optimismo.

**TABLA 6**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN NIVEL DE CUIDADO ENFERMERO Y SUS DIMENSIONES, AREQUIPA 2020**

	<b>Nivel</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cuidado enfermero</b>	Adecuado	40	48,2
	Regular	42	50,6
	Inadecuado	1	1,2
	Total	83	100,0
<b>Dimensiones del cuidado enfermero</b>	<b>Nivel</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Rol de ayuda	Alto	29	34,9
	Medio	53	63,9
	Bajo	1	1,2
	Total	83	100,0
Función diagnóstica y seguimiento del paciente	<b>Nivel</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
	Alto	29	34,9
	Medio	52	62,7
	Bajo	2	2,4
Administración y vigilancia de las intervenciones y de los regímenes terapéuticos	Total	83	100,0
	<b>Nivel</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
	Alto	38	45,8
	Medio	43	51,8
Gestión eficaz de las situaciones que cambian con rapidez	Bajo	2	2,4
	Total	83	100,0
	<b>Nivel</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
	Alto	38	45,8
Función enseñanza-formación	Medio	43	51,8
	Bajo	2	2,4
	Total	83	100,0
	<b>Nivel</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Seguimiento, garantía y calidad de la práctica del cuidado de la salud	Alto	30	36,1
	Medio	51	61,4
	Bajo	2	2,4
	Total	83	100,0
Competencias organizadoras del rol de trabajo	<b>Nivel</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
	Alto	31	37,3
	Medio	51	61,4
	Bajo	1	1,2
Rol consultoría	Total	83	100,0
	<b>Nivel</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
	Alto	29	34,9
	Medio	53	63,9
Rol consultoría	Bajo	1	1,2
	Total	83	100,0
	<b>Nivel</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
	Alto	36	43,4
Rol consultoría	Medio	45	54,2
	Bajo	2	2,4
	Total	83	100,0

**Fuente:** Encuesta, elaboración propia.

En la tabla 6 se puede observar que el 48.2% de las enfermeras (n=40) ubica al cuidado enfermero que brinda en un nivel adecuado, mientras que el 50,6% (n=42) en un nivel regular, esto último debido probablemente a diversos factores que impedirían un adecuado desenvolvimiento de sus funciones como, por ejemplo, el poco personal en relación con el número de pacientes, la sobrecarga laboral, etc.

En concordancia con el modelo teórico de Patricia Benner, que evalúa el cuidado enfermero en ocho dimensiones, se pueden observar también los siguientes resultados: 63,9% de enfermeras (n= 53) ubica el rol de ayuda del cuidado que brinda en un nivel medio, mientras que un 34,9% lo ubica en un nivel alto (n=29). En cuanto a la función diagnóstica y de seguimiento del paciente, el 62,7% (n= 52) la posiciona en un nivel medio, mientras que el 34,9% (n=29) en el nivel alto. En cuanto a la administración y vigilancia de las intervenciones y de los regímenes terapéuticos, el 51,8% (n=43) la ubica en el nivel medio, mientras que el 45,8% (n=38) en un nivel alto. Sobre la gestión eficaz de las situaciones que cambian con rapidez, el 51,8% (n=43) considera que se encuentra en el nivel medio, mientras que el 45,8% (n=38) en un nivel alto.

Sobre la dimensión nivel de función enseñanza-formación, el 61,4% (n=51) la posiciona en el nivel medio, mientras que el 36,1% (n=30) en el nivel alto. En relación con el seguimiento, garantía y calidad de la práctica del cuidado de la salud, el 61,4% (n=51) de enfermeras la ubica en el nivel medio, mientras que el 37,3% (n=31) en el nivel alto. Sobre las competencias organizadoras del rol de trabajo, el 63,9% (n=53) considera que corresponden a un nivel medio, mientras que el 34,9% (n=29) a un nivel alto. Por último, el rol de consulta del cuidado enfermero es ubicado en un nivel medio en el 54,25 (n=45) y en un nivel alto en el 43,4% (n=36).

**TABLA 7**  
**POBLACIÓN DE ESTUDIO POR CARACTERÍSTICAS**  
**SOCIODEMOGRÁFICAS SEGÚN NIVEL DE CUIDADO ENFERMERO,**  
**AREQUIPA 2020**

Características socio-demográficas	Nivel de cuidado enfermero						Total		p-valor
	Inadecuado		Regular		Adecuado		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
<b>Edad</b>									
26 - 30	0	0,0	6	7,2	5	6,0	11	13,3	p = 0,428 X <sup>2</sup> = 8,058 gl = 8
31 - 40	0	0,0	16	19,3	7	8,4	23	27,7	
41 - 50	0	0,0	6	7,2	7	8,4	13	15,7	
51 - 60	1	1,2	9	10,8	12	14,5	22	26,5	
61- 66	0	0,0	5	6,0	9	10,8	14	16,9	
Total	1	1,2	42	50,6	40	48,2	83	100,0	
<b>Sexo</b>									
Femenino	1	1,2	39	47,0	37	44,6	77	92,8	p = 0,959 X <sup>2</sup> = 0,083 gl = 2
Masculino	0	0,0	3	3,6	3	3,6	6	7,2	
Total	1	1,2	42	50,6	40	48,2	83	100,0	
<b>Estado civil</b>									
Casada	0	0,0	21	25,3	24	28,9	45	<u>54,2</u>	p = 0,021 X <sup>2</sup> = 18,021 gl = 8
Soltera	1	1,2	21	25,3	7	8,4	29	34,9	
Divorciada	0	0,0	0	0,0	4	4,8	4	4,8	
Conviviente	0	0,0	0	0,0	3	3,6	3	3,6	
Viuda	0	0,0	0	0,0	2	2,4	2	2,4	
Total	1	1,2	42	50,6	40	48,2	83	100,0	

Fuente: Encuesta, elaboración propia.

En la tabla 7 se aprecia que no existe relación estadísticamente significativa (p-valor = 0,428 > 0.05) entre la edad de las enfermeras y el nivel de cuidado enfermero. En cuanto al sexo, tampoco existe relación significativa (p-valor = 0,083 > 0.05) con el nivel de cuidado enfermero brindado. Por último, se encontró que si existe relación significativa (p-valor = 0,021 < 0.05) entre el estado civil y el nivel de cuidado enfermero que las enfermeras estudiadas brindan a los pacientes de los servicios del HRHD, siendo que más de la mitad (54.2%) son casadas.

Estos resultados permiten afirmar que el cuidado enfermero no se asociaría a la edad ni el sexo de la enfermera (o) que cuida. Es interesante notar como en cambio el estado civil si se asocia al cuidado, probablemente debido a que la circunstancia de estar casado favorece el desarrollo del deber de cuidado para con los hijos y el cónyuge. Tal vez sea por esta misma razón por la que las solteras (os) ocupen el segundo lugar en frecuencia (34.95), dado que suelen tener a su cargo la responsabilidad de los progenitores.

**TABLA 8**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO POR CARACTERÍSTICAS LABORALES  
SEGÚN NIVEL DE CUIDADO ENFERMERO, AREQUIPA 2020**

Características laborales	Nivel de cuidado enfermero						Total		p-valor
	Inadecuado		Regular		Adecuado		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
<b>Situación laboral</b>									
Nombrado (D.L.276)	1	1,2	29	<u>34,9</u>	29	34,9	59	71,1	p = 0,436 X <sup>2</sup> = 3,783 gl = 4
Contratado (D.L.728)	0	0,0	6	7,2	9	10,8	15	18,1	
CAS (D.L.1057)	0	0,0	7	8,4	2	2,4	9	10,8	
Total	1	1,2	42	50,6	40	48,2	83	100,0	
<b>Servicio</b>									
Obstetricia	0	0,0	0	0,0	6	7,2	6	7,2	p = 0,014 X <sup>2</sup> = 30,848 gl = 16
Medicina mujeres	0	0,0	5	6,0	10	<u>12,0</u>	15	18,1	
Pediatría	0	0,0	5	6,0	1	1,2	6	7,2	
Unidad de quemados	0	0,0	0	0,0	6	7,2	6	7,2	
Emergencia	0	0,0	4	4,8	4	4,8	8	9,6	
Ginecología	0	0,0	5	6,0	1	1,2	6	7,2	
Cirugía varones	0	0,0	8	<u>9,6</u>	7	<u>8,4</u>	15	18,1	
Neonatología	0	0,0	7	8,4	3	3,6	10	12,0	
UCI	1	1,2	8	<u>9,6</u>	2	2,4	11	13,3	
Total	1	1,2	42	50,6	40	48,2	83	100,0	
<b>Tiempo de trabajo por servicio</b>									
Menos de 1 año	0	0,0	6	7,2	3	3,6	9	10,8	p = 0,297 X <sup>2</sup> = 16,274 gl = 14
De 1 a 2 años	0	0,0	1	1,2	3	3,6	4	4,8	
De 2 años 1 mes a 3 años	0	0,0	3	3,6	0	0,0	3	3,6	
De 3 años un mes a 5 años	0	0,0	4	4,8	3	3,6	7	8,4	
De 5 años 1 mes a 10 años	0	0,0	11	<u>13,3</u>	4	4,8	15	18,1	
De 10 años 1 mes a 20 años	0	0,0	5	6,0	5	6,0	10	12,0	
De 20 años 1 mes a 30 años	1	1,2	9	10,8	11	<u>13,3</u>	21	25,3	
De 30 años 1 mes a 40 años	0	0,0	3	3,6	11	<u>13,3</u>	14	16,9	
Total	1	1,2	42	50,6	40	48,2	83	100,0	
<b>Tiempo de trabajo hospitalario</b>									
Menos de 1 año	0	0,0	6	7,2	4	4,8	10	12,0	p = 0,597 X <sup>2</sup> = 14,020 gl = 16
De 1 a 2 años	0	0,0	3	3,6	4	4,8	7	8,4	
De 2 años 1 mes a 3 años	0	0,0	2	2,4	1	1,2	3	3,6	
De 3 años un mes a 5 años	0	0,0	5	6,0	3	3,6	8	9,6	
De 5 años 1 mes a 10 años	0	0,0	10	<u>12,0</u>	6	7,2	16	19,3	
De 10 años 1 mes a 20 años	0	0,0	8	9,6	4	4,8	12	14,5	
De 20 años 1 mes a 30 años	1	1,2	6	7,2	9	<u>10,8</u>	16	19,3	
De 30 años 1 mes a 40 años	0	0,0	1	1,2	8	9,6	9	10,8	
Mas de 40 años	0	0,0	1	1,2	1	1,2	2	2,4	
Total	1	1,2	42	50,6	40	48,2	83	100,0	

Fuente: Encuesta, elaboración propia.

En la tabla 8 se observa que el 34,9% (n=29) de enfermeras del HRHD cuya situación laboral es nombrado (D.L. 276) refiere brindar un cuidado enfermero de nivel adecuado y regular respectivamente; el 10,8% (n=9) del

personal que trabaja con un contrato temporal (D.L.728) manifiesta brindar un cuidado enfermero adecuado; mientras que el 8,4% del personal con contrato CAS (D.L.1057) señala que el cuidado enfermero brindado es de nivel regular. Mediante la prueba estadística chi cuadrado de independencia ( $X^2 = 3,783$ ), con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, no se encontró relación significativa ( $p\text{-valor} = 0,436 > 0.05$ ) entre la situación laboral y el nivel de cuidado enfermero. Este resultado permite concluir que las enfermeras brindan un cuidado enfermero adecuado que no se ve afectado por el vínculo laboral con el hospital.

En cuanto al servicio donde trabaja, se encontró que el 12.0% de las enfermeras de medicina mujeres brinda un cuidado enfermero de nivel adecuado, seguido del 8.4% de cirugía varones, 7.2% en obstetricia y unidad de quemados. Estos resultados pueden deberse al tiempo de hospitalización, así como al grado de comunicación que es posible entablar con el paciente, propio de los servicios antes mencionados. Si bien los servicios de UCI, emergencia, pediatría y neonatología permiten un mayor despliegue del cuidado enfermero de tipo especializado, las características evaluadas en el modelo de Patricia Benner, principalmente las relativas a la función de enseñanza-formación y consultoría son complejas de evaluar por parte del personal debido a la dificultad que tienen para comunicarse con el paciente. Así, en UCI suelen tener pacientes sedados, en emergencia la comunicación suele ser limitada por la gravedad de la situación, en pediatría es muy limitada la comunicación con el paciente por su edad y en neonatología no es posible, por lo que se recurre siempre a los progenitores.

Se observa también que el 13.3% ( $n=11$ ) y el 12,0% ( $n=10$ ) del personal del Departamento de Enfermería del HRHD que trabaja de 5 a 10 años en un mismo servicio y en el mismo hospital refieren brindar un cuidado enfermero de nivel regular respectivamente; mientras que el 13.3% ( $n=11$ ) y el 10,8% ( $n=9$ ) del personal que trabaja entre 20 a 30 años en el mismo servicio y en el mismo hospital, manifiesta brindar un cuidado enfermero adecuado respectivamente. Mediante la prueba estadística chi cuadrado

de independencia ( $X^2 = 16,274$  y  $X^2 = 14,020$ ), con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, no se encontró relación significativa entre el tiempo de trabajo por servicio ( $p\text{-valor} = 0,297 > 0.05$ ) y hospitalario ( $p\text{-valor} = 0,597 > 0.05$ ) con el nivel de cuidado enfermero. Este resultado permite concluir que las enfermeras brindan un cuidado enfermero adecuado que no se ve afectado por el tiempo de trabajo que lleva en un mismo servicio o en el hospital.

**TABLA 9**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO POR CARACTERÍSTICAS  
SOCIODEMOGRÁFICAS SEGÚN NIVEL DE FELICIDAD, AREQUIPA  
2020**

Características socio-demográficas	Nivel de felicidad						Total		p-valor
	Baja		Media		Alta		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
<b>Edad</b>									
26 - 30	0	0,0	4	4,8	7	8,4	11	13,3	p = 0,026 X <sup>2</sup> = 11,028 gl = 4
31 - 40	0	0,0	12	14,5	11	13,3	23	27,7	
41 - 50	0	0,0	3	3,6	10	12,0	13	15,7	
51 - 60	0	0,0	4	4,8	18	21,7	22	26,5	
61 - 66	0	0,0	1	1,2	13	15,7	14	16,9	
Total	0	0,0	24	28,9	59	71,1	83	100,0	
<b>Sexo</b>									
Masculino	0	0,0	1	1,2	5	6,0	6	7,2	p = 0,492 X <sup>2</sup> = 0,472 gl = 1
Femenino	0	0,0	23	27,7	54	65,1	77	92,8	
Total	0	0,0	24	28,9	59	71,1	83	100,0	
<b>Estado civil</b>									
Viuda	0	0,0	0	0,0	2	2,4	2	2,4	p = 0,042 X <sup>2</sup> = 9,930 gl = 4
Divorciada	0	0,0	0	0,0	4	4,8	4	4,8	
Conviviente	0	0,0	0	0,0	3	3,6	3	3,6	
Casada	0	0,0	10	12,0	35	42,2	45	54,2	
Soltera	0	0,0	14	16,9	15	18,1	29	34,9	
Total	0	0,0	24	28,9	59	71,1	83	100,0	

Fuente: Encuesta, elaboración propia.

En la tabla 9 se presenta la relación entre las características sociodemográficas y el nivel de felicidad en enfermeras del HRHD de Arequipa. Como se puede apreciar, existe relación estadísticamente significativa (p-valor = 0,026 < 0.05) entre la edad de las enfermeras y el nivel de felicidad. En cuanto al sexo, no existe relación significativa (p-valor = 0,492 > 0.05) con el nivel de felicidad. Por último, se encontró que si existe relación significativa (p-valor = 0,042 < 0.05) entre el estado civil y el nivel de felicidad de las enfermeras estudiadas. Estos resultados permiten afirmar que la felicidad se asociaría a la edad y al estado civil, mas no al sexo, en enfermeras del HRHD.

**TABLA 10**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO POR CARACTERÍSTICAS LABORALES  
SEGÚN NIVEL DE FELICIDAD, AREQUIPA 2020**

Características laborales	Nivel de felicidad						Total		p-valor
	Bajo		Medio		Alto		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
<b>Situación laboral</b>									
Nombrado (D.L. 276)	0	0,0	14	16,9	45	<u>54,2</u>	59	71,1	p = 0,003 X <sup>2</sup> = 11,806 gl = 2
Contratado (D.L. 728)	0	0,0	3	3,6	12	14,5	15	18,1	
CAS (D.L. 1057)	0	0,0	7	8,4	2	2,4	9	10,8	
Total	0	0,0	24	28,9	59	71,1	83	100,0	
<b>Servicio</b>									
Obstetricia	0	0,0	0	0,0	6	7,2	6	7,2	p = 0,022 X <sup>2</sup> = 17,9359 gl = 8
Medicina mujeres	0	0,0	1	1,2	14	<u>16,9</u>	15	18,1	
Pediatría	0	0,0	4	4,8	2	2,4	6	7,2	
Unidad de quemados	0	0,0	0	0,0	6	7,2	6	7,2	
Emergencia	0	0,0	1	1,2	7	8,4	8	9,6	
Ginecología	0	0,0	3	3,6	3	3,6	6	7,2	
Cirugía varones	0	0,0	6	7,2	9	<u>10,8</u>	15	18,1	
Neonatología	0	0,0	4	4,8	6	7,2	10	12,0	
UCI	0	0,0	5	6,0	6	7,2	11	13,3	
Total	0	0,0	24	28,9	59	71,1	83	100,0	
<b>Tiempo de trabajo hospitalario</b>									
Menos de 1 año	0	0,0	4	4,8	6	7,2	10	12,0	p = 0,061 X <sup>2</sup> = 14,912 gl = 8
De 1 a 2 años	0	0,0	2	2,4	5	6,0	7	8,4	
De 2 años 1 mes a 3 años	0	0,0	1	1,2	2	2,4	3	3,6	
De 3 años un mes a 5 años	0	0,0	5	6,0	3	3,6	8	9,6	
De 5 años 1 mes a 10 años	0	0,0	7	8,4	9	10,8	16	19,3	
De 10 años 1 mes a 20 años	0	0,0	3	3,6	9	10,8	12	14,5	
De 20 años 1 mes a 30 años	0	0,0	1	1,2	15	18,1	16	19,3	
De 30 años 1 mes a 40 años	0	0,0	0	0,0	9	10,8	9	10,8	
Mas de 40 años	0	0,0	1	1,2	1	1,2	2	2,4	
Total	0	0,0	24	28,9	59	71,1	83	100,0	
<b>Tiempo de trabajo por servicio</b>									
Menos de 1 año	0	0,0	4	4,8	5	6,0	9	10,8	p = 0,05 X <sup>2</sup> = 13,981 gl = 7
De 1 a 2 años	0	0,0	1	1,2	3	3,6	4	4,8	
De 2 años 1 mes a 3 años	0	0,0	1	1,2	2	2,4	3	3,6	
De 3 años un mes a 5 años	0	0,0	4	4,8	3	3,6	7	8,4	
De 5 años 1 mes a 10 años	0	0,0	8	9,6	7	8,4	15	18,1	
De 10 años 1 mes a 20 años	0	0,0	2	2,4	8	9,6	10	12,0	
De 20 años 1 mes a 30 años	0	0,0	3	3,6	18	21,7	21	25,3	
De 30 años 1 mes a 40 años	0	0,0	1	1,2	13	15,7	14	16,9	
Total	0	0,0	24	28,9	59	71,1	83	100,0	

Fuente: Encuesta, elaboración propia.

En la tabla 10 se puede apreciar el 54,2% (n=45) de las enfermeras cuya situación laboral es nombrada (D.L. 276) presenta un nivel de felicidad alto; mientras que el 8,4% (n=7) del personal bajo contrato CAS (D.L.1057) presenta un nivel medio de felicidad. Mediante la prueba estadística chi cuadrado de independencia ( $X^2 = 11.806$ ), con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, existe relación significativa (p-valor =  $0,003 < 0.05$ ) entre la situación laboral y el nivel de felicidad. Este resultado permite concluir que una situación laboral estable como en el caso subanálisis se asocia a niveles de felicidad mayores que en los casos de inestabilidad laboral, como el caso de los contratos de administración de servicios (CAS) que son a tiempo determinado.

En relación con el servicio donde trabaja, se encontró que el 16.9% de las enfermeras de medicina mujeres tiene un nivel de felicidad alto, seguido del 10.8% en el servicio de cirugía varones, 8.4% en emergencia, y 7.2% en obstetricia, unidad de quemados, neonatología y UCI respectivamente. Niveles medios de felicidad predominaron en los servicios restantes (pediatría y ginecología). Con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, existe relación significativa (p-valor =  $0,022 < 0.05$ ) entre el servicio donde trabaja y el nivel de felicidad. Mediante un análisis sistemático, se puede apreciar que los dos servicios que destacan en cuanto altos niveles de felicidad coinciden con los hallados en la tabla 8 sobre el nivel de cuidado enfermero, debido probablemente a las mayores posibilidades comunicativas con los pacientes de los servicios de medicina y cirugía.

Por último, en la tabla bajo análisis se tiene que mediante la prueba estadística chi cuadrado de independencia ( $X^2 = 14,912$  y  $X^2 = 13,981$ ), con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, no se encontró relación significativa entre el tiempo de trabajo por servicio (p-valor =  $0,061 > 0.05$ ) y hospitalario (p-valor =  $0,05 \geq 0.05$ ) con el nivel de felicidad. Este resultado permite concluir que el nivel de felicidad de las enfermeras es independiente del tiempo de trabajo que lleva en un mismo servicio o en el hospital. Este resultado se debe probablemente al hecho de que la

felicidad, tal como lo sostenemos en esta investigación, no es una meta que se alcanza después de cierto tiempo, sino que obedece a las actividades desplegadas por el sujeto, como por ejemplo el cuidado enfermero.

**TABLA 11**

**CORRELACIÓN ENTRE CUIDADO ENFERMERO Y FELICIDAD EN EL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DEL HRHD, AREQUIPA 2020**

Modelo de regresión lineal									
Variable Predictor potencial	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Error estándar de la estimación	Coeficientes no estandarizados β	Error estándar	Coeficientes estandarizados β	t	p-valor
Cuidado enfermero	0,798 <sup>a</sup>	<b>0,6374</b>	0,633	5,267	17,640	5,009	0,798	3,522	0,001
Predictores: (Constante)					0,613	0,051		11,932	0,000
ANOVA <sup>b</sup>	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Significancia	r de Pearson	p-valor		
Felicidad									
<b>Regresión</b>	3949,832	1	3949,832	142,374	0,000 <sup>c</sup>	<b>0,798</b>	<b>0,000</b>		
<b>Residuo</b>	2247,156	81	27,743						
<b>Total</b>	6196,988	82							

**Fuente:** Encuesta, elaboración propia.

a. Predictores: Cuidado enfermero (Constante).

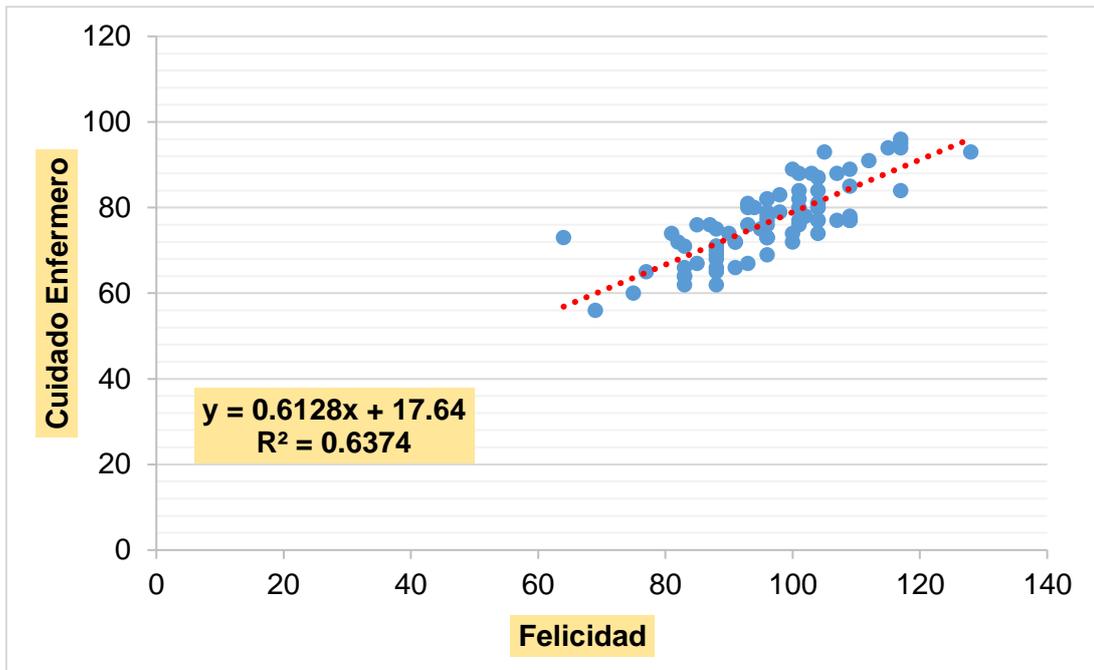
b. Variable dependiente: Felicidad.

c. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

En la tabla 11 se aprecia el modelo de regresión lineal y la prueba de correlación *r* de Pearson para las variables “Felicidad” y “Cuidado enfermero”. La primera prueba demostró que existe correlación significativa ( $p\text{-valor}=0,000$ ), positiva considerable ( $r = 0,798$ ) según la clasificación de Hernández Sampieri (140), entre las variables de estudio; esto significa que mientras más alto es el puntaje obtenido para el cuidado enfermero mayor es el puntaje obtenido para la felicidad en el personal del departamento de enfermería del HRHD. Por otro lado, el análisis de regresión lineal simple, o ecuación de la recta, arrojó un valor  $R^2 = 0,6374$ , por lo tanto, se puede afirmar que el cuidado enfermero brindado por el personal del departamento de enfermería del HRHD predice un incremento en su felicidad del 63,74%. Por lo tanto, el cuidado enfermero influye positivamente en la felicidad del personal del departamento de enfermería del HRHD (véase el gráfico 7).

## GRÁFICO 7

### ANÁLISIS DE REGRESIÓN LINEAL ENTRE FELICIDAD Y CUIDADO ENFERMERO EN EL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DEL HRHD, AREQUIPA 2020



Fuente: Encuesta, elaboración propia

En el gráfico 7 se presenta la variable X = Cuidado enfermero y su correlación con la variable Y = Felicidad, en donde se aprecia la agrupación de los datos en un vector positivo, cuya ecuación de la recta se presenta en amarillo, siendo  $R^2 = 0.6374$ . Por lo tanto, se concluye que la variable cuidado enfermero predice en un 63.74% el incremento de las variables Felicidad en el personal del departamento de enfermería del HRHD de Arequipa. Estos datos significan que si se optimizan las condiciones del cuidado enfermero brindado en los diversos servicios del hospital se podrá elevar el nivel de felicidad de las enfermeras lo que probablemente repercutirá positivamente en su trabajo.

## **B. DISCUSIÓN**

La enfermería tiene como objeto de estudio al cuidado que nace de la interrelación de la enfermera y la persona, familia o comunidad y que se manifiesta en su interés, planificación, intervención, verificación, y repetición de las acciones de la enfermera para satisfacer las necesidades del sujeto de su cuidado, con la firme intención de colocarlo en las condiciones óptimas para que, con Nightingale, la naturaleza haga su trabajo (46). De acuerdo con Patricia Benner, las dimensiones del cuidado enfermero son las siguientes: rol de ayuda, función de diagnóstico y seguimiento del paciente, administración y vigilancia de las intervenciones y de los regímenes terapéuticos, gestión eficaz de las situaciones que cambian con rapidez, función enseñanza/formación, seguimiento y la garantía de calidad de las prácticas de cuidado de la salud, competencias organizadoras del rol de trabajo y rol de consultoría.

La felicidad, por otro lado, se constituye como un estado del ser que la enfermera manifiesta luego de brindar su cuidado y se revela en ella a través de los sentimientos y emociones que lo acompañan. Estos sentimientos y emociones positivas son la alegría, la gratitud, el optimismo, la satisfacción y el placer que constituyen los epifenómenos de la felicidad y que, según Martin Seligman, son tanto directrices para la acción como señales interpersonales (22). Sin embargo, no se ha determinado la influencia del cuidado enfermero en la felicidad de las enfermeras.

La presente investigación se propuso como objetivo principal determinar esta relación causal en el personal del departamento de enfermería del Hospital Regional Honorio Delgado (HRHD) de Arequipa, el año 2020. Para alcanzar este objetivo se estudiaron a 83 enfermeras del departamento de enfermería del HRHD, luego de aplicar los criterios de selección a la población de estudio.

Se encontró que las edades de las enfermeras estudiadas oscilan entre los 26 y los 66 años, con un promedio de 46.61 años y una desviación estándar

de 13,168 años; en su gran mayoría de sexo femenino (92,8%) y casadas en más de la mitad de los casos (54,2%). Datos similares han sido encontrados por Duche y Rivera en el hospital de la seguridad social HNCASE - EsSalud de Arequipa, cuyo rango de edades fluctúa entre los 25 y 65 años en una muestra de 83 enfermeras, en donde todas eran mujeres (28). Esto refleja que en la ciudad de Arequipa la enfermería es una profesión que se desarrolla tradicionalmente por mujeres en sus distintas etapas de la vida adulta, con un leve predominio entre los 31 y 40 años (27.7%) y entre los 51 y 60 años (26.5%).

Los servicios asistenciales del HRHD donde se estudió a las unidades de análisis fueron nueve, a saber: Cirugía varones y Medicina mujeres (18,1%); Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (13.3%); Neonatología (12.0%); Emergencia (9,6%); Unidad de Quemados (7,2%), Pediatría (7,2%), Ginecología (7,2%) y Obstetricia (7,2%). Estos datos permiten afirmar que se estudió a una muestra representativa del HRHD, de acuerdo con el muestreo estratificado empleado.

En cuanto a la modalidad de trabajo de la población de enfermeras estudiadas, el 71,1% de las enfermeras estudiadas es nombrada (D.L. 276); el 18,1% tiene un contrato temporal con todos los beneficios laborales establecidos por la ley (D.L 728); mientras que un 10,8% tiene un contrato temporal bajo el régimen CAS (D.L. 1057).

En el Perú, el tipo de contrato laboral que es posible celebrar con las instituciones hospitalarias estatales se encuentra regulado a través de tres tipos de contratos, regulados en los siguientes Decretos Legislativos (D.L): D.L. 276 (Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público); D.L 728 (Ley de productividad y competitividad laboral), y D.L.1057 (contrato administrativo de servicios o CAS). En comparación con la seguridad social, en la que el 33,73% están bajo el régimen CAS; el 36,14% son nombradas (D.L. 276), y el 30,12% tiene un contrato de suplencia temporal, según Duche y Rivera (28); se puede afirmar que la situación laboral de las enfermeras en el HRHD es buena, toda vez que la

mayor parte del personal goza de estabilidad laboral. Como se ha expuesto en esta investigación, en base a lo demostrado por Kahneman (63) y por Becchetti (62), la estabilidad laboral es el presupuesto y no la causa de la felicidad, por lo que la población de enfermeras del HRHD están en condiciones adecuadas para valorar si el cuidado que brindan se relaciona causalmente con su felicidad.

En relación con el tiempo de trabajo que lleva el personal del Departamento de Enfermería del HRHD, se lo dividió en dos grupos: por tiempo de trabajo en el mismo hospital y por tiempo de trabajo en su servicio. En el primer caso se encontró que el 19,3% (n=16) trabaja de 20 a 30 años y de 5 a 10 años respectivamente en el HRDH. En el segundo caso, el 25,3% labora en su mismo servicio entre 20 y 30 años, mientras que un 18,1% trabaja de 5 a 10 años. Como se puede apreciar, las enfermeras del HRHD que fueron estudiadas, vienen trabajando por una cantidad importante de años en el hospital y en sus respectivos servicios, lo que de seguro ha permitido que adquieran una importante experiencia en el cuidado enfermero que brindan en sus distintas especialidades.

En cuanto a la adquisición de competencias en enfermería, según la clasificación de Patricia Benner, la gran mayoría de las enfermeras del HRHD se ubicarían en los tres niveles siguientes, a saber: a) competente, b) eficiente y c) experta (130). Los dos niveles previos, principiante y principiante avanzada, no son aplicables porque corresponden a etapas iniciales del trabajo hospitalario. Por lo tanto, nos encontramos con un grupo de profesionales de la enfermería que ha desarrollado las áreas de competencia siguientes: a) Situación: desde su percepción, como un cuadro clínico clásico, hasta una visión de conjunto en el que solo ciertos aspectos del estado clínico del paciente son relevantes, como por ejemplo, las necesidades del paciente; b) Uso de conocimientos: que van desde la confianza en los principios abstractos (know what) hasta el uso de la experiencia concreta del pasado en forma de paradigmas (know how); y c)

Grado de involucramiento: desde observadora externa hasta protagonista comprometida en la situación clínica específica (130,132).

Con las áreas descritas con anterioridad, se puede concluir que la población estudiada está en condiciones de valorar si el cuidado que brinda influye en su felicidad, pues como ha explicado Csikszentmihalyi (72), el fenómeno del Flow, es decir, el acto físico que llega a ser agradable para producir flujo requiere del establecimiento de: a) una meta general, que se corresponde con el área situación; b) encontrar formas de medir el progreso desde el punto de vista de las metas elegidas, que está alineado con el área uso de conocimientos; c) concentrarse en lo que uno hace y realizar distinciones siempre más precisas en los desafíos de la actividad realizada; d) desarrollar habilidades necesarias para interactuar con las oportunidades disponibles y e) elevar el nivel si la actividad causa aburrimiento, estas tres últimas se corresponden con el área grado de involucramiento. En el cuadro siguiente se expone el resumen de lo antedicho:

<b>Correspondencia entre las áreas de competencia del cuidado enfermero y las condiciones de la felicidad como flujo.</b>	
<b>Áreas de competencia del cuidado enfermero (Benner)</b>	<b>Condiciones de la felicidad – teoría del flujo (Csikszentmihalyi)</b>
Comprender la situación de la persona	Trazarse una meta general
Uso de conocimientos teóricos (know what) y prácticos (know how)	Adquirir formas de medir el progreso
Grado de involucramiento, desde observadora externa hasta protagonista comprometida en el cuidado de la persona.	Concentrarse en lo que se hace
	Desarrollar habilidades
	Elevar el nivel

En lo relativo al motivo de felicidad del personal del Departamento de Enfermería del HRHD, el 42,2% señaló que el principal motivo de su

felicidad lo encuentra en su familia; el 33,7% en el servicio hospitalario donde trabaja; el 14,5% en su desarrollo personal; y un 9,6% indica que son los pacientes a los que brinda su cuidado. Estos resultados no son concordantes con lo hallado por Takeda y cols. ni con Duche y Rivera, para quienes la felicidad de las enfermeras se relaciona prioritariamente con su satisfacción laboral. Atendiendo a la exclusión de la estabilidad laboral como factor que pueda influir negativamente en la felicidad de las enfermeras del HRHD, y a la experiencia que poseen que generaría mayores índices de felicidad, se puede apreciar que existirían factores que no permiten que el cuidado enfermero brindado a sus pacientes sea el principal motivo de felicidad de las enfermeras, sino su familia.

La felicidad fue medida con una escala elaborada por el prestigioso psicólogo peruano Reynaldo Alarcón, encontrándose que el nivel de felicidad del personal del Departamento de Enfermería del HRHD fue alto en el 71.1% y medio en el 28.9% de los casos. No se registró ningún caso con nivel bajo de felicidad. Estos niveles elevados de felicidad corresponden, según la definición del autor, a un estado de satisfacción que experimentan las enfermeras por un bien deseado, al momento de ser encuestadas. Las dimensiones de la felicidad medidas por esta escala permitieron encontrar que el 53,0% de las enfermeras tenían un sentido positivo u optimista de su vida al momento de encuestarlas; el 63,9% manifestó un alto nivel de felicidad con su vida; el 59,0% refirió tener en un nivel alto de realización personal o satisfacción; mientras que un 50,6% manifestó tener una alegría de vivir en niveles altos. Khosrojerdi y cols. hallaron resultados coherentes con niveles de felicidad en enfermeras de Irán por encima del promedio ( $\bar{X}=123.4$ ; min. 29 máx. 174 puntos), cuyos predictores fueron su salud mental, el sueldo, el servicio hospitalario y añaden también el desempeño de los médicos (34).

Este trabajo se propuso estimar el nivel de cuidado enfermero y sus ocho dimensiones según la teoría de Patricia Benner. Los niveles del cuidado estimados fueron tres, a saber: adecuado, regular e inadecuado. Los

niveles de cada dimensión fueron tres, a saber: alto, medio y bajo. Para estas estimaciones se empleó la “Escala de cuidado de enfermería por dominios y competencias”, basada en los dominios y competencias de Patricia Benner y adaptada al idioma español del “Domains of nursing care and key competencies” de Neeraj Kak, 2001 (143). Los resultados para esta variable arrojaron que el 48.2% de las enfermeras del HRHD brinda un cuidado enfermero de nivel adecuado, mientras que el 50,6% es de nivel regular.

Como es de ha podido apreciar, los resultados observados reflejan que casi la mitad del personal de enfermería ubica al cuidado que brinda en un nivel óptimo, sin embargo, la otra mitad lo posiciona en un nivel intermedio, lo cual sería la manifestación de dificultades relacionadas con su trabajo. Dentro de estas últimas se puede señalar la desproporción en la brecha enfermera/paciente propia de nuestra realidad sanitaria; asimismo, el exceso de trabajo del personal de enfermería, y en consecuencia la adaptación de las modalidades de trabajo en cada servicio realizadas para compensar el problema del poco personal asistencial. Este aspecto es muy importante, porque conduce a la atomización del cuidado enfermero en pequeñas tareas que permiten el cumplimiento de las metas por servicio, en desmedro del cuidado holístico.

En relación con las ocho dimensiones del cuidado enfermero se encontró que en todas ellas el nivel medio fue el más frecuente. Así, el rol de ayuda brindado por las enfermeras fue de nivel medio en el 63,9% de los casos y alto en el 34.9%; la función diagnóstica y de seguimiento del paciente fue de nivel medio en el 62,7% y alto en el 34,9%; la administración y vigilancia de las intervenciones y de los regímenes terapéuticos fue de nivel medio en el 51,8% y alto en el 45,8%; la gestión eficaz de las situaciones que cambian con rapidez fue de nivel medio en el 51,8% y alto en el 45,8%; el nivel de función enseñanza-formación fue de nivel medio en el 61,4% y alto en el 36,1%; el seguimiento, garantía y calidad de la práctica del cuidado de la salud fue de nivel medio en el 61,4% y alto en el 37,3%; las

competencias organizadoras del rol de trabajo fueron de nivel medio en el 63,9% y alto en el 34,9%; finalmente, el rol de consulta del cuidado enfermero fue de nivel medio en el 54,25% y alto en el 43,4%.

Los resultados antedichos concuerdan con lo hallado por Melgar y Castro, quienes encontraron que el 66.7% de las enfermeras del hospital Regional de Moquegua y que fueron evaluadas con el mismo instrumento empleado en esta investigación, presentaron niveles medios (36). Las razones de estos hallazgos se deben probablemente a las mismas que se expusieron en el párrafo anterior: falta de personal, exceso de carga laboral, y adaptación inadecuada del cuidado enfermero a estas condiciones.

En este estudio se relacionaron las características sociodemográficas y laborales con el nivel de cuidado enfermero en el personal del Departamento de Enfermería del HRHD, encontrándose que no existe relación entre la edad ( $p\text{-valor} = 0,428 > 0.05$ ) ni el sexo ( $p\text{-valor} = 0,083 > 0.05$ ) con el cuidado que brindan las enfermeras, mientras que si existe relación entre esta última variable y el estado civil ( $p\text{-valor} = 0,021 < 0.05$ ). Como se expuso líneas arriba, más de la mitad son casadas (54.2%), por lo que probablemente el estar casado favorece el desarrollo del deber de cuidado para con los hijos y el cónyuge. Tal vez sea por esta misma razón por la que las solteras ocupen el segundo lugar en frecuencia (34.9%), dado que en muchos casos se encargan de sus progenitores. También se relacionaron las características laborales (situación laboral, servicio en el que trabaja, y tiempo de trabajo en el hospital y en el servicio) y el nivel de cuidado enfermero, encontrándose que el 34,9% de enfermeras nombradas brinda un cuidado adecuado y regular respectivamente; el 10,8% de enfermeras con un contrato temporal brinda un cuidado adecuado; mientras que el 8,4% de aquellas con contrato CAS (D.L.1057) brinda un cuidado regular. Según la prueba estadística chi cuadrado de independencia no existe relación ( $p\text{-valor} = 0,436 > 0.05$ ) entre la situación laboral y el nivel de cuidado enfermero, por lo tanto, se puede afirmar que

el cuidado enfermero de buen nivel no tiene relación con la modalidad de contratación del personal de enfermería, lo cual es éticamente correcto.

En cuanto al servicio donde trabaja, se encontró que existe relación estadísticamente significativa ( $p$ -valor = 0.014 < 0.05) entre el servicio donde trabaja la enfermera y el nivel de cuidado enfermero que brinda. Se encontró que el servicio de medicina mujeres es el que tiene el más alto nivel de cuidado con un 16.9%, seguido del 10.8% de cirugía varones, 8,4% en emergencia, y 7.2% en obstetricia y unidad de quemados, neonatología y UCI respectivamente. Estos resultados son coherentes con lo que encontró Ballón en el servicio de neonatología de un hospital de Lima-Perú, llegando incluso a niveles de felicidad del 90% en enfermeras de ese servicio (35).

Dentro de las posibles explicaciones acerca de los resultados presentados en el párrafo anterior, estos son atribuibles al clima organizacional, pero sobre todo al tiempo de hospitalización que permiten un mejor seguimiento del paciente, y al grado de comunicación que se puede entablar con este, y que constituye un componente esencial en el cuidado enfermero en el marco de las características evaluadas en el modelo de Patricia Benner, principalmente las relativas a la función de enseñanza-formación y consultoría. En efecto, en servicios de medicina el tiempo de permanencia en el servicio suele ser en promedio mayor que en el de emergencia, por ejemplo, y la comunicación suele ser mucho mejor que en servicios como UCI donde los pacientes están la mayor parte del tiempo sedados, o en pediatría por la edad del paciente, que hace que la enfermera se dirija siempre a los padres del menor. No se encontró relación significativa entre el cuidado enfermero y el tiempo de trabajo en el hospital ( $p$ -valor = 0,597 > 0.05) ni en el servicio ( $p$ -valor = 0,297 > 0.05); por lo tanto, el cuidado enfermero brindado conserva buenos niveles sin importar el tiempo de trabajo que lleva en un mismo servicio o en el hospital.

Por otra parte, al correlacionar la felicidad con las características sociodemográficas, se encontró que el nivel de felicidad se relaciona

significativamente con la edad ( $p\text{-valor} = 0,026 < 0.05$ ) y el estado civil ( $p\text{-valor} = 0,042 < 0.05$ ) pero no con el sexo ( $p\text{-valor} = 0,492 > 0.05$ ) en el personal del Departamento de Enfermería del HRHD. De acuerdo con los resultados, la felicidad no depende del sexo. En cuanto a la edad, los niveles de felicidad son mayores cuando hay una perspectiva temporal, y es natural que en las personas jóvenes el pasado aún no se presente tan satisfactorio porque recién empiezan a construirse una carrera profesional, su futuro no les brinda aun mucha seguridad, y lo ven con relativo optimismo, mientras que su presente se caracteriza por ser de preocupación por establecerse en su centro laboral. Tal vez estas sean las principales razones por las que los niveles de felicidad sean bajos en las jóvenes en comparación con las enfermeras de mayor edad.

Las personas casadas suelen experimentar mayores niveles de felicidad por la satisfacción de tener a su familia, ver crecer a sus hijos, y progresar económicamente. Los solteros, si bien pueden disfrutar de momentos emocionales positivos intensos, suelen ser pasajeros porque se relacionan a placeres físicos en muchos casos. Estos resultados no concuerdan con lo hallado por Javadi y cols. quienes hallaron que la felicidad se relaciona inversamente con el agotamiento laboral (31).

En la correlación entre las características laborales y el nivel de felicidad del personal de Enfermería del Departamento del HRHD, se encontró que significancia estadística ( $p\text{-valor} = 0,003 < 0.05$ ). Así, el 54.2% de nombradas (D.L. 276) y el 14.5% de aquellas con un contrato temporal presentaron niveles de felicidad altos, mientras que el 8,4% del personal con contrato CAS (D.L.1057) presentó un nivel de felicidad medio. Como se ha explicado en este trabajo, la estabilidad laboral es un prerrequisito para la felicidad, lo que se ve reflejado también en estos resultados. En efecto, el contrato CAS es reputado por todos como contrato de trabajo con las peores condiciones laborales en el Perú, por lo que los niveles de felicidad en las personas bajo este régimen laboral no pueden ser altos. Estos resultados no van en la misma línea de lo hallado por Takeda y cols.

para quienes la felicidad depende de las condiciones agradables o no de su lugar de trabajo (30).

En cuanto al servicio donde trabaja, se encontró que existe relación significativa ( $p\text{-valor} = 0.022 < 0.05$ ) con el nivel de felicidad. Así tenemos que, el 16.9% de las enfermeras que laboran en el servicio de medicina mujeres tiene un nivel de felicidad alto, seguido del 10.8% del servicio de cirugía varones, el 8.4% en emergencia, y el 7.2% en obstetricia y unidad de quemados, neonatología y UCI. Los servicios de pediatría y ginecología presentaron niveles medios de felicidad. Estos resultados se deben muy probablemente a los mismos factores mencionados líneas arriba con respecto al cuidado enfermero, a saber: mayor tiempo de hospitalización y mayores posibilidades comunicativas con los pacientes de los servicios de medicina y cirugía, en comparación con los de otros servicios. A estos factores se añade lo hallado por Chang, Han y Cho, quienes encontraron que, en los servicios más rígidos como sala de operaciones, los niveles de felicidad también son menores (5).

Por otro lado, Royo y cols. demostraron que la felicidad se relaciona con la autonomía profesional de la enfermera, resultado que explica porque no se registraron niveles de felicidad bajos en servicios rígidos como UCI, Unidad de quemados y neonatología (32). No se encontró relación significativa entre el tiempo de trabajo por servicio ( $p\text{-valor} = 0,061 > 0.05$ ) y hospitalario ( $p\text{-valor} = 0,05 \geq 0.05$ ) y los niveles de felicidad. Estos resultados son muy importantes para la presente investigación porque se orientan a señalar que la felicidad no depende del tiempo en el que se permanezca en un servicio o en un hospital, sino del trabajo que uno desempeña, es decir que la felicidad no es una meta que se alcanza luego de varios años sino un proceso que se vivencia como producto de una relación de ayuda al otro. Estos resultados concuerdan con lo hallado por Quintana y cols., que demostraron que la felicidad en las enfermeras es más intensa cuando brindan el cuidado a la persona mediante un trato cercano y con un mayor control personal, factores presentes en todos los servicios estudiados (33).

Estos resultados nos animan a proponer la siguiente definición de felicidad del cuidado enfermero: ***Vivencia experimentada por la enfermera como consecuencia del cuidado brindado y manifestada por un conjunto de emociones y sentimientos positivos de larga duración expresadas como satisfacción con el pasado, alegría en el presente y optimismo con el futuro.*** Las emociones son respuestas espontáneas y temporales que acompañan a la felicidad que es una vivencia positiva de la enfermera al desarrollar su trabajo (teoría del flujo). Los sentimientos son la conciencia que aquella tiene acerca de estas emociones, y que se manifiestan en forma de satisfacción al evocar hechos del pasado en los que participó activamente en el cuidado del paciente, de alegría por el presente y de optimismo en el porvenir, como resultado del cuidado enfermero que brindó al paciente.

Por último, al correlacionar el cuidado enfermero y la felicidad se determinó que existe relación con significancia estadística ( $p$ -valor = 0,000), positiva considerable ( $r = 0,798$ ) según la clasificación de Hernández Sampieri (140); por lo tanto, a mejores niveles de cuidado enfermero mejores niveles de felicidad en el personal del departamento de enfermería del HRHD. Estos resultados son concordantes con lo que encontraron Duche y Rivera, quienes demostraron que existe relación entre el sentido de la felicidad y su satisfacción laboral (28). Asimismo, luego de la aplicación del análisis de regresión lineal simple cuyo valor fue de  $R^2 = 0,6374$ , se puede concluir que el cuidado enfermero brindado por el personal del departamento de enfermería del HRHD predice un incremento en su felicidad en un 63,74%, demostrándose así la hipótesis de estudio que señala que el cuidado enfermero influye en la felicidad de las enfermeras. Además, estos datos significan que si se optimizan las condiciones del cuidado enfermero brindado en los diversos servicios del HRHD se podrá elevar el nivel de felicidad de las enfermeras lo que probablemente repercutirá positivamente en su trabajo, en beneficio de su propia salud y la de los pacientes.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### A. CONCLUSIONES

**PRIMERA:** Se describió a la población de estudio según características sociodemográficas y laborales encontrándose que, el 92.8% es de sexo femenino, con una edad promedio de 46 años y con una desviación estándar de  $\pm 13.168$ ; de estado civil casada en el 54.2%; el 71.1% tiene estabilidad laboral y se desempeña en nueve servicios de hospitalización del HRHD, con una experiencia laboral que fluctúa entre los 5 y 30 años en la mayor parte de los casos.

**SEGUNDA:** Se identificó que el principal motivo de felicidad personal de las enfermeras por servicio fue su familia con un 42.2%; en el ámbito laboral precisaron que el principal motivo de felicidad fue su trabajo en el servicio con un 33.7%; su desarrollo personal con un 14.5% y el paciente con un 9.6%, siendo UCI (8,4%) y cirugía (6,0%) los servicios donde el trabajo es su mayor motivo de felicidad.

**TERCERA:** Se precisó que el nivel de la felicidad fue alto en el 71.1% de los casos y medio en el 28.9%. No se encontró ningún caso de nivel bajo. Resultados equivalentes se encontraron en las dimensiones sentido positivo de la vida, con un 53.0%; satisfacción con la vida con un 63.9%; realización personal, con un 59.0%; y alegría de vivir con un 50.6%.

**CUARTA:** Se estimó que el nivel de cuidado enfermero que brinda el personal del departamento de enfermería del HRHD fue de nivel adecuado (48.2%) y regular (50.6%) en la mayor parte de los casos. En las dimensiones del cuidado enfermero, se estimó un rol de ayuda medio en 63,9% y alto en 34.9%; la función diagnóstica y de seguimiento fue media en 62,7% y alta en 34,9%; administración y vigilancia de las intervenciones y de los regímenes terapéuticos fue media en 51,8% y alta en 45,8%; gestión eficaz de las situaciones que cambian con rapidez fue media en 51,8% y alta en 45,8%; función enseñanza-formación fue media en 61,4% y alta en el 36,1%; el seguimiento, garantía y calidad de la práctica del cuidado fue medio en 61,4% y alto en el 37,3%; competencia organizadora del rol de trabajo fue media en el 63,9% y alta en el 34,9%; finalmente, el rol de consulta del cuidado enfermero fue medio en 54,25% y alto en 43,4%.

**QUINTA:** Se relacionaron las características sociodemográficas y laborales con el nivel de cuidado enfermero del personal de enfermería del HRHD, encontrándose relación significativa ( $p$ -valor=0.021) entre el estado civil y el cuidado. No se encontró relación ni con la edad ni con el sexo. Ni la situación laboral, ni el tiempo de trabajo en el hospital y en el servicio se relacionan con el cuidado, encontrándose solamente relación de este último con el servicio ( $p$ -valor=0.014).

**SEXTA:** Se relacionaron las características sociodemográficas y laborales con el nivel de felicidad del personal de enfermería del HRHD, encontrándose relación significativa ( $p$ -valor=0.021) entre la felicidad y la edad ( $p$ -valor=0.026), así como con el estado civil ( $p$ -valor=0.042), mas no con el sexo. La situación laboral ( $p$ -valor=0.003) y el servicio ( $p$ -valor=0.022) se relaciona con la felicidad. Ni el tiempo de trabajo en el hospital ni en el servicio se relacionan con la felicidad de las enfermeras.

**SÉPTIMA:** Se determinó que existe relación con significancia estadística ( $p$ -valor = 0,000), positiva y considerable ( $r = 0,798$ ) entre el cuidado enfermero y la felicidad. Asimismo, se determinó que el cuidado enfermero brindado por el personal del departamento de enfermería del HRHD predice un incremento en su felicidad en un 63,74%, quedando demostrada la hipótesis de estudio que señala que el cuidado enfermero influye en la felicidad de las enfermeras.

## B. RECOMENDACIONES

- 1) Se recomienda al Ministerio de Economía y Finanzas en coordinación con el Ministerio de Salud del Perú, destinar el presupuesto necesario para cubrir las necesidades de personal de enfermería para que se garantice un cuidado enfermero holístico, puesto que la ratio enfermera/paciente suele ubicar al país en los últimos lugares a nivel mundial. Esta situación conlleva a adaptaciones en la forma de trabajo del personal enfermería por servicio, quienes buscan cubrir las metas que tiene cada institución de salud, pero que van en desmedro de la calidad del cuidado brindado, atomizándolo en tareas más sencillas que impiden el ejercicio correcto y afectan el nivel de felicidad del personal.
- 2) Se recomienda a las gerencias de salud implementar la logística y garantizar el número adecuado de enfermeras por servicio, que garantice la realización del cuidado enfermero integral, en adecuación a la normatividad vigente sobre la dotación de personal, habida cuenta que no es posible brindar un cuidado de calidad con un deficitario número de profesionales.
- 3) Se recomienda a las jefaturas de los diversos servicios del HRHD que puedan implementar modelos organizativos de trabajo de enfermería que garanticen el cuidado holístico del paciente, (trabajo en equipo, *case manager* o *primary nursing*), atendiendo a su dotación de personal y recursos materiales, para evitar en la medida de lo posible la atomización del cuidado en tareas rutinarias. En efecto, se ha visto en esta investigación, que brindar cuidado enfermero integral u holístico constituye un desafío al intelecto de la enfermera porque le da un sentido y finalidad a su quehacer y le brinda el espacio para crear, controlar y fluir. Las formas rutinarias de trabajo, con escaso margen decisonal por parte de este profesional, conduce a situaciones de aburrimiento, estrés, desinterés y abulia en el trabajo. El exceso de trabajo por su parte desborda las capacidades del

personal de enfermería, provocando frustración y ansiedad, reduciendo sus niveles de felicidad. en estos dos extremos la salud mental y física del personal se ven perjudicadas, lo que conlleva a efectos directos y negativos en la atención del paciente.

- 4) Se recomienda al Colegio de Enfermeros del Perú que, como parte de su programa de capacitación continua al personal de enfermería, difunda las bondades de la realización de un cuidado integral y holístico que comprenda los dominios propuestos por Patricia Benner, porque constituye la causa de la elevación de los niveles de felicidad del personal, lo que incluye las vivencias positivas que se manifiestan a través de su satisfacción por el cuidado realizado, la alegría de encontrar un trabajo motivador y el optimismo hacia el futuro de su desarrollo profesional y personal. Además, se debe precisar los beneficios a la salud física y mental que conllevan los altos niveles de felicidad.
  
- 5) Se recomienda al personal de enfermería de los distintos servicios del HRHD que, durante el desarrollo de su trabajo, genere la oportunidad de brindar un cuidado enfermero holístico dirigido al paciente, que comprenda los ocho dominios y competencias del cuidado, aplicables atendiendo a la naturaleza de cada persona y de cada servicio hospitalario. Así, debe prestar atención a su rol de ayudado; su función de diagnóstico de enfermería (NANDA) y seguimiento del paciente (plan de cuidados, NIC, NOC); la administración y vigilancia de intervenciones y regímenes terapéuticos; la gestión eficaz de las situaciones que cambian con rapidez; la función de enseñanza – formación; seguimiento y garantía de calidad de las prácticas de cuidado de la salud; competencias organizadoras del rol de trabajo y rol de consultoría. El cuidado así entendido permite no solo colocar al paciente en las mejores

condiciones posibles, sino que genera en quien lo brinda, un sentimiento de felicidad duradero en el tiempo.

- 6)** Se recomienda a las Facultades de Enfermería de las Universidades Peruanas, que incorporen el tema de la felicidad del cuidado en los contenidos de los cursos de formación especializada de la carrera, con el propósito de dar a conocer a las futuras profesionales, la importancia que reviste el brindar un cuidado enfermero holístico para la salud no solo de quien lo recibe, sino que el cuidado así desarrollado eleva los niveles de felicidad en las responsables de este, es decir, las enfermeras.
  
- 7)** Se recomienda a las unidades de investigación de las instituciones dedicadas a esta actividad desarrollar investigaciones en la línea de la felicidad y el cuidado enfermero, dada la importancia que tiene en la salud mental y físico del personal profesional que lo brinda, en el receptor del cuidado, en la satisfacción laboral y en la mejora de los parámetros organizativos institucionales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Situación de enfermería en el mundo. Ginebra.
2. CIE. La OMS y el CIE comprometidos con la enfermería para llevar al mundo hacia la salud. [Online]; 2020. Acceso 12 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/noticias/la-oms-y-el-cie-comprometidos-con-la-enfermeria-para-llevar-al-mundo-hacia-la-salud>.
3. OPS. El personal de enfermería es esencial para avanzar hacia la salud universal. [Online]; 2019. Acceso 10 de marzo de 2021. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=15138:nursing-staff-are-vital-for-making-progress-towards-universal-health&Itemid=1926&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15138:nursing-staff-are-vital-for-making-progress-towards-universal-health&Itemid=1926&lang=es).
4. MINSA. Información de Recursos Humanos en el Sector Salud Perú - 2018 MINSA, editor. Lima; 2018.
5. Chang S, Han K, Cho Y. Association of Happiness and Nursing Work Environments with Job Crafting among Hospital Nurses in South Korea. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020; 4042.
6. Zuazua A. Felicidad sostenible Barcelona: Paidós; 2012.
7. Cao X, Chen L. Relationships between resilience, empathy, compassion fatigue, work engagement and turnover intention in haemodialysis nurses: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*. 2021.
8. McVicar A, Pettit A, Knight-Davidson P, Shaw-Flach A. Promotion of professional quality of life through reducing fears of compassion and compassion fatigue: Application of the Compassionate Mind Model to Specialist Community Public Health Nurses (Health Visiting) training. *Journal of Clinical Nursing*. 2021; 30(1-2): p. 101-112.
9. Tellie M, Leech R, van Wyk N. Compassion fatigue among nurses: The cost of having a relationship with HIV-positive patients. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*. 2020; 22(16).
10. Marlita H, Abdul H, Abdul K. Work-family conflict, health status and job satisfaction among nurses. *British Journal of Nursing*. 2021; 30(1).
11. Kwiatkowska D, Załuska U, Kozyra C. The Perception of Occupation by Hospital Nurses in Poland and Germany in Terms of the Risk of Excessive Stress and Burnout as well as Possible Coping and

Preventive Solutions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(4): p. 1-15.

12. Baker O, Alshehri B. The Relationship between Job Stress and Job Satisfaction among Saudi Nurses: A Cross-Sectional Study. *Nurse Media Journal of Nursing*. 2020; 10(3): p. 292-305.
13. Prado V, Giménez M, De Witte H. Job insecurity in nursing: A bibliometric analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(2).
14. Joulain M, Coulombier J. Nurses job perceptions and subjective well-being: Mutual effects. *Psychologie du Travail et des Organisations*. 2016; 22(3): p. 205-215.
15. Gonzales R. ¿Quién cuida a las enfermeras que cuidan en las unidades de alta complejidad? *Avances en Enfermería*. 1999; 17(1-2).
16. Scotto C. Teoría bioética sinfonológica. En 507-510 , editor. *Modelos y teorías de enfermería*. 8th ed. Barcelona: Elsevier; 2015.
17. İşsever O, Bektas M. Effects of learned resourcefulness, work-life quality, and burnout on pediatric nurses' intention to leave job. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2021; 57(1): p. 263-271.
18. Kumar A, Shivaram P, Ryali S. Study of quality of life among health workers and psychosocial factors influencing it. *Ind Psychiatry J*. 2018; 27(1): p. 96–102.
19. Dousin O, Collins N, Bartram T, Stanton P. The relationship between work-life balance, the need for achievement, and intention to leave: Mixed-method study. *Journal of Advanced Nursing*. 2021; 77(3): p. 1478-1489.
20. Lee Y, Dai Y, McCreary L. Quality of work life as a predictor of nurses' intention to leave units, organisations and the profession. *Journal of Nursing Management*. 2015; 23(4): p. 521-531.
21. Paquette M. The science of happiness. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2006; 42(1), 1–2.
22. Seligman M. *La psicología positiva* Barcelona: Salvat; 2017.
23. Alarcón. *Psicología de la felicidad. Introducción a la psicología positiva* Lima: Universitaria.; 2016.

24. Cottrell L. Joy and happiness: a simultaneous and evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2016; 72(7): p. 1506-1517.
25. Ozkara E. Concept Analysis of Nurses' Happiness. *Nursing Forum*. 2015; 50(1): p. 55-62.
26. Campos G, Nolberto V, Coras D. Satisfacción laboral en profesionales de enfermería de un instituto especializado de Perú. *Rev enferm Herediana*. 2018; 11(1): p. 11-17.
27. Bobbio L, Ramos W. Satisfacción laboral y factores asociados en personal asistencial médico y no médico de un hospital nacional de Lima-Perú. *Rev Peru Epidemiol*. 2010; 14(2):133-8.
28. Duche A, Rivera G. Satisfacción laboral y felicidad en enfermeras peruanas. *Enfermería global*. 2019;(54).
29. Pineda C, Silva I. Motivación y satisfacción laboral en enfermeras del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2016 Arequipa: UNSA; 2017.
30. Takeda S, Nakayama S, Uddin S, Hiramoto A, Inoue M. Correlation Between Subjective Happiness and Pleasant Activities at Workplace in Nursing Staff for Older Individuals in Japan. *Community Mental Health Journal*. 2020; 56(4): p. 776-783.
31. Javadi t, Hosseinzadeh M, Mahdavi N, Namdar H, Dickens L. Javadi T Hosseinzadeh M Mahdavi N Namdar H Dickens L Happiness and its Relationship with Job Burnout in Nurses of Educational Hospitals in Tabriz, Iran. 2020; 8(4): p. 295-304.
32. Roya S, Amini K, Ramezani-badr F, Roohan M. Correlation of happiness and professional autonomy in Iranian nurses. *Journal of Research in Nursing*. 2019; 24(8): p. 622-632.
33. Quintana A, García S, Chamorro E, Álvarez O. Visión de la felicidad de profesionales de Enfermería en el desarrollo de su práctica profesional. *Metas de enfermería*. 2019; 22(3).
34. Khosrojerdi , Tagharrobi Z, Sooki , Sharifi K. Predictores de la felicidad entre las enfermeras iraníes. *International Journal of Nursing Sciences*. 2018; 5(3): p. 281-286.
35. Ballón M. Clima organizacional y la felicidad laboral percibida por las enfermeras en el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins Lima – 2016 (Tesis de maestría en

- gestión de los servicios de salud) Lima : Universidad Cesar Vallejo; 2018.
36. DRAE. felicidad. [Online]; 2020. Acceso 22 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://dle.rae.es/felicidad>.
  37. Galimberti U. Dizionario di Psicologia Milano: Garzanti; 2018.
  38. De la Fuente L, Pantigoso P, Torres L. La felicidad de los peruanos Callao: Fondo editorial USIL; 2019.
  39. Luise F, Farinetti G. Storia della felicità. Gli antichi e i moderni Torino: Einaudi; 2001.
  40. Mosterín J. Lo mejor posible, racionalidad y acción humana Madrid: Alianza Editorial; 2008.
  41. Aristóteles. Ética a Nicómaco Madrid: Alianza Editorial; 2005.
  42. Mosterín J. Historia de la filosofía: Aristóteles. Tercera Ed. ed. Madrid: Alianza Editorial; 1996.
  43. Abbagnano N. Dizionario di filosofia Torino: UTET; 2006.
  44. Trampus A. Il diritto alla felicità Roma: Editori Laterza; 2008.
  45. Denegri M. Polimatía, saber que abraza diversos conocimientos Lima: Fondo Editorial de la UIGV; 2014.
  46. Nightingale F. Notas sobre enfermería: que es y que no es Barcelona: Masson S.A.; 2000.
  47. Donahue P. Historia de la Enfermería St. Louis Missouri: Mosby; 1985.
  48. Ortega y Gasset J. ¿Qué es la filosofía? Madrid: Austral; 2005.
  49. Alarcón R. Desarrollo de una escala factorial para medir la felicidad. Revista Interamericana de Psicología. 2006; 40(1): p. 99-106.
  50. DRAE. Vivencia. [Online]; 2022. Acceso 14 de 05 de 2022. Disponible en: <https://dle.rae.es/vivencia>.
  51. Denegri M. Mixtiferi Lima: Fondo editorial Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2017.
  52. Ortega J. Obras completas. 7th ed. Madrid: Revista de occidente; 1966.
  53. Ferrater M. Diccionario de filosofía Barcelona: Ariel; 2009.

54. Lykken D. Is happiness hiding in our genes? [Online]; 1996. Acceso 01 de 02de 2022. Disponible en: <https://mctfr.psych.umn.edu/research/happiness.html#:~:text=Happiness%20is%20a%20Stochastic%20Phenomenon&text=From%2044%25%20to%2052%25%20of,well%2Dbeing%20approaches%2080%25.>
55. Manes F, Niro M. El cerebro del futuro Bogotá: Planeta; 2018.
56. Scheler M. Il formalismo nell'etica e l'etica dei valori Milano: Bompiani; 2013.
57. Buela A. Pensamiento de ruptura Buenos Aires: Editorial Theoria; 2008.
58. Legrenzi P. La Felicità Bologna: Il Mulino; 1998.
59. Stiglitz J. La Gran Brecha: que hacer con las sociedades desiguales Madrid: Taurus; 2015.
60. Banco Mundial. Pobreza. [Online]; 2018. Acceso 20 de 11de 2018. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/topic/poverty/overview>.
61. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Pobreza. [Online]; 2018. Acceso 03 de 11de 2018. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/poverty/>.
62. Becchetti L. Il denaro non fa la felicità Roma: Laterza; 2007.
63. Kahneman D. Pensar rápido, pensar despacio México D.F.: Penguin Random House Grupo editoria S.A. ; 2015.
64. Maslow A. La teoría de las necesidades Barcelona: Salvat; 2017.
65. Seligman M. La autentica felicidad Barcelona: BSA; 2003.
66. Savater F, García C, Gomá J. Muchas felicidades. Tres visiones y más de la idea de felicidad Madrid: Ariel; 2014.
67. Linley A, Joseph S. Positive Psychology in practice New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.; 2004.
68. Beytía P, Calvo E. ¿Cómo medir la felicidad? Instituto de políticas públicas. 2011;(4).

69. Datosmacro.com. Índice Mundial de la Felicidad. [Online]; 2019. Acceso 28 de 03de 2020. Disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/indice-felicidad>.
70. Gallup. Índice Mundial de la Felicidad. [Online]; 2019. Acceso 16 de 02de 2021. Disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/indice-felicidad>.
71. Helliwell J, Layard R, Sachs J. World Happiness Report New York: Sustainable Development Solutions Network; 2019.
72. Csikszentmihalyi M. Fluir (Flow). Una psicología de la felicidad Barcelona: Kairos; 1997.
73. Blackburn E. La solución de los telómeros Madrid: Penguin Random House; 2009.
74. Seligman M, Greene J, Morrison I. Positive neuroscience New York: Oxford; 2016.
75. Cummings M. Ereditá Napoli: EdiSES; 2009.
76. Lisker R, Grether P, Zentella A. Introducción a la genética humana. 3rd ed. México D.F.: Manual Moderno; 2013.
77. Mainardi D. Intervista sull'etologia Roma: Laterza; 1977.
78. Manes F, Niro M. Ser humanos Buenos Aires: Planeta; 2021.
79. Lyubomirsky S. La ciencia de la felicidad, un método probado para conseguir el bienestar Barcelona: Urano; 2008.
80. Noë A. Perché non siamo il nostro cervello Milano: Raffaello Cortina Editori; 2010.
81. Boncinelli E, Galimberti U. E ora? Torino: Einaudi; 2000.
82. Marina J. Ética para náufragos Barcelona: Anagrama; 1995.
83. Vattimo G. Filosofia Milano: Garzanti; 2016.
84. Cortina A. Ética civil y religión Madrid: PPC; 2002.
85. Rodríguez S, Cárdenas M, Pacheco A, Ramírez M, Ferro N, Alvarado E. Reflexión teórica sobre el arte del cuidado. Enfermería Universitaria. 2017; 14(3): p. 191-198.
86. Marías J. La felicidad humana Madrid: Alianza Editorial; 1987.

87. Savater F. Diccionario filosófico Barcelona: Ariel; 2007.
88. Hirschman A. Interés privado y acción pública México: Fondo de Cultura Económica; 1986.
89. Chang H. Economía para el 99% de la población Barcelona: Debate; 2015.
90. Csikszentmihalyi M. Flujo, el secreto de la felicidad. [Online]; 2004. Acceso 18 de 10de 2021.
91. Kahneman D, Tversky A. Experienced Utility and Objective Happiness: A Moment-Based Approach. Choices, Values and Frames. 2000.
92. Punset E. El viaje a la felicidad Buenos Aires: Destino; 2012.
93. Gazzaniga M. The cognitive neurosciences Massachusetts: MIT; 2020.
94. Kurniawan I, Guitart M, Dayan P, Dolan R. Effort and Valuation in the Brain: The Effects of Anticipation and Execution. Jorunal of Neuroscience. 2013; 33(14): p. 6160 – 6169.
95. Burnett D. El cerebro feliz, la explicación científica de dónde se origina la felicidad y por qué Barcelona: Paidós; 2018.
96. Roddenberry A, Renk K. Locus of Control and Self-Efficacy: Potential Mediators of Stress, Illness, and Utilization of Health Services in College Students. Child Psychiatry & Human Development. 2010; 41(4): p. 353-370.
97. Husted J, Husted G. Ethical decision making in nursing and health care New York: Springer Publishing Company; 2008.
98. Lyubomirsky. Felicidad en el trabajo California: Universidad de California; 2012.
99. Monod J. El azar y la necesidad: ensayo sobre la filosofía natural de la biología moderna Barcelona: Barral; 1971.
100. Mortari L. Fenomenología de la cura Napoli: Liguori; 2014.
101. Rivera J, Stuvan M. Comentario a Ser y Tiempo de Martin Heidegger Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile; 2008.
102. Vattimo. Introducción a Heidegger Barcelona: Gedisa; 2002.

103. Dartigues A. La fenomenología Barcelona: Herder; 1981.
104. Galimberti U. Enciclopedia di psicologia Torino: Garzanti; 2007.
105. Heidegger M. Ser y Tiempo Barcelona: RBA Coleccionables; 2004.
106. Verdugo M, García A. Manual de derecho político: instituciones políticas Valencia: Tirant Lo Blach; 2020.
107. Kandel E. La mente alterata Milano: Raffaello Cortina Editore; 2018.
108. Mortari L. Filosofia della cura Milano: Raffaello Cortina Editori; 2015.
109. Husserl E. La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental Buenos Aires: Prometeo Libros; 2008.
110. Wittgenstein L. Tractatus logico-philosophicus Madrid: Alianza Editorial.; 1973.
111. Margulis L, Dorion S. ¿Qué es la vida? Metatemas C, editor. Barcelona: Tusquets Editores; 1996.
112. Varela F. El fenomeno de la vida Santiago de Chile: Dolmen; 2000.
113. Wulff H, Pedersen S, Rosenberg R. Filosofia della medicina Milano: Raffaello Cortina; 1995.
114. Conti F. Claude Bernard e la nascita della biomedicina Milano: Raffaello Cortina Editore; 2013.
115. Cosmacini G. La medicina non è una scienza Milano: Raffaello Cortina Editore; 2008.
116. Rugarli C. Medici a metà: quel che manca nella relazione di cura Milano: Raffaello Cortina Editori; 2017.
117. Bustamante S. Concepto, sujeto, objeto y método de enfermería. Enferm. investig. desarro. 2002; 4((1-2)): p. 2-8.
118. Alfaro cp. En Fernández C, Navarro M, Luis M. De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3rd ed.: Elsevier-Masson; 2007. p. 3.
119. Carvalho V. Acerca de las bases teóricas, filosóficas, epistemológicas de la investigación de la investigación científica: el caso de la enfermería. Rev Latino-am Enfermagem. 2003; 11(6):807-15.

120. Álamo M. La Idea de Cuidado en Leonardo Boff. Revista Tales. 2011; 4(243-253).
121. Mortari L. Aver cura di sé Milano: Raffaello Cortina Editori; 2019.
122. Kerouac S, Pepin , Ducharme , Duquete , Major F. El pensamiento enfermero Barcelona: Masson; 1996.
123. Tye J, Schwab D. La receta de Florence: Del cumplimiento a la pertenencia: Amazon; 2011.
124. Henderson V. Principio básicos de los cuidados de enfermería Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1961.
125. Orem D. Enfermería: conceptos de práctica. 2nd ed. México D.F.: McGraw Hill; 1980.
126. George J. Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4th ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.
127. McQueen L, Cockroft M, Mullins N. Imogene King's Theory of Goal Attainment and the Millennial Nurse: An Important Mentoring Tool for Nurse Educators. Teaching and Learning in Nursing. 2017; 12: p. 223-225.
128. Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 8th ed. Barcelona: Elsevier; 2015.
129. Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring Colorado UPo, editor.; 1991.
130. Benner P. L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere: L'apprendimento basato sull'esperienza Milano: McGraw-Hill; 2003.
131. Escobar B, Jara P. Filosofía de Patricia Benner, aplicación en la formación de enfermería: propuestas de estrategias de aprendizaje. Educación. 2019; 54: p. 182-202.
132. Manara D. Nomos versus Idios: le condizioni per una pratica infermieristica non schizofrenica. Nursing oggi. 2006;(1).
133. Milton J, Solodkin A, Hlustík P, Small S. The mind of expert motor performance is cool and focused. Neuroimage. 2007; 1;35(2):804-13.
134. Sapolsky R. ¿por qué las cebras no tienen úlcera? La guía del estrés Madrid: Ed. Alianza; 2013.
135. Smith A. La riqueza de las naciones Madrid: Alianza; 1997.

136. Global Council on Brain Health. Active su cerebro: Las recomendaciones del GCBH sobre las actividades estimulantes de la cognición. Recomendaciones. USA; UK: Global Council on Brain Health.
137. Rodriguez Bea. The psychological impact on frontline nurses in Spain of caring for people with COVID-19. Archives of Psychiatric Nursing. 2022; 41: p. 27-34.
138. Acosta Sea. Burnout syndrome and association with work stress in nursing staff in public hospital of the northern border of Mexico. Archives of Psychiatric Nursing. 2021; 35: p. 571-576.
139. Stoner J. Enfoques sistemáticos del clima organizacional Distrito Federal: Prentice Hall Hispanoamericana SA.; 2010.
140. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación, las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta Ciudad de México: McGraw-Hill Interamericana editores S.A. de C.V.; 2018.
141. Sanchez-Carlessi H. Metodología y diseños en la investigación científica Lima: Business Support Aneth; 2016.
142. Diresa - Minsa. Población total de enfermeras. Arequipa: Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.
143. Alarcón R. Métodos y diseños de investigación del comportamiento Lima: Universidad Ricardo Palma; 2013.
144. Córdova M. Estadística descriptiva e inferencial Lima: Moshera S.R.L.; 2009.
145. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. Felicidad. [Online]; 2014. Disponible en: <https://dle.rae.es/?w=diccionario>.
146. Santrock J. Psicología de la educación Ciudad de México: McGraw-Hill; 2006.

# **ANEXOS**

## Anexo 1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en la presente investigación titulada: “CUIDADO ENFERMERO Y FELICIDAD EN EL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DEL HRHD, AREQUIPA 2020”.

El señor Jesús Roger Chavez Parillo, quien es la responsable de la investigación, me ha explicado claramente acerca del propósito de su investigación en el tema y en el cual no se verá afectada mi persona. Asimismo, me indicó que los datos que le proporcione serán confidenciales y también que puedo desistir de participar en esta investigación cuando yo lo desee.

.....

Firma

**Anexo 2**  
**INSTRUMENTOS**

**Instrucciones:** Estimada participante, los instrumentos que presentados tienen como objetivo recabar datos personales, acerca del cuidado enfermero y de su nivel de felicidad brindando dicho cuidado. Le solicito marcar con una X la alternativa que corresponda y completar los espacios en blanco solicitados. Confío en tu honestidad al momento de marcar las alternativas, pues de ella depende el éxito o fracaso de este estudio. La información que se proporcione será totalmente confidencial. Muchas Gracias.

**DATOS PERSONALES**

A. Sexo:  F  M

B. Edad \_\_\_\_\_ años

C. Servicio donde trabaja:

\_\_\_\_\_

D. Estado civil:

- a) Soltera (o)
- b) Casada (o)
- c) Viuda (o)
- d) Divorciada (o)
- e) Conviviente

E. Cargo que ocupa:

\_\_\_\_\_

F. Tiempo de trabajo en su institución:

\_\_\_\_\_

G. Tiempo de trabajo en su servicio:

\_\_\_\_\_

H. Situación laboral:

- a) Nombrado (D.L. 276)
- b) Contratado (D.L. 728)
- c) CAS (D.L. 1057)
- d) Otro: \_\_\_\_\_

I. ¿Enumere lo que le produce la mayor felicidad en su vida en orden de prioridad?

- a) .....
- b) .....
- c) .....
- d) .....

### Anexo 3

#### ESCALA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA POR DOMINIOS Y COMPETENCIAS

(Tomado de "Domains of nursing care and key competencies" de Neeraj Kak, 2001; en base a los dominios y competencias de Patricia Benner, y adaptado de para el Perú por Melgar y Castro, 2017).

Nº	Dominios y Competencias	Nunca (1)	A veces (2)	Frecuente mente (3)	Siempre (4)
<b>I. Rol de ayuda</b>					
1	Establece una relación de empatía con el paciente.	1	2	3	4
2	Proporciona medidas de confort y preservación personal frente al dolor y/o sufrimiento extremo.	1	2	3	4
3	Maximiza la participación y el control del paciente en su propia recuperación.	1	2	3	4
4	Proporciona información y apoyo emocional al paciente y/o familia.	1	2	3	4
5	Guía al paciente emocionalmente, motivando cambio y mejora en el estilo de vida.	1	2	3	4
<b>II. La función de diagnóstico y seguimiento del paciente</b>					
6	Detecta y documenta los cambios significativos en la condición del paciente.	1	2	3	4
7	Identifica precozmente señales de alarma: previsión de complicaciones antes de que se confirmen claramente las manifestaciones.	1	2	3	4
8	Se anticipa a problemas.	1	2	3	4
9	Entiende las demandas y experiencias particulares según la enfermedad: anticipándose a las necesidades de cuidado del paciente.	1	2	3	4
10	Evalúa las potencialidades del paciente para mejorar y responder a las diversas estrategias de tratamiento.	1	2	3	4
<b>III. La administración y la vigilancia de las intervenciones y de los regímenes terapéuticos</b>					
11	Administra y mantiene la terapia intravenosa con mínimo de riesgos y complicaciones.	1	2	3	4
12	Administra medicamentos con precisión y seguridad: vigilando efectos desfavorables, reacciones, respuestas terapéuticas, toxicidad, incompatibilidades.	1	2	3	4
13	Desarrolla estrategias que fomenten la prevención y curación de lesiones, comodidad y el drenaje apropiado.	1	2	3	4
<b>IV. La gestión eficaz de las situaciones que cambian con rapidez</b>					
14	Se desempeña eficientemente en casos de emergencia que amenazan la vida: actuación con rapidez frente a un problema.	1	2	3	4
15	Gestión de contingencia: Se desempeña de acuerdo con la demanda y recursos en situaciones de emergencia.	1	2	3	4
16	Identifica y ejecuta correctamente y a tiempo,	1	2	3	4

	actuaciones en casos de extrema urgencia, con riesgo para la vida del paciente o, en el caso de una crisis o complicación grave, hasta la llegada del médico.				
<b>V. La función de enseñanza – formación</b>					
17	Capta la disposición del paciente para aprender.	1	2	3	4
18	Ayuda a los pacientes en la interpretación de las consecuencias de su enfermedad y la recuperación de su vida cotidiana.	1	2	3	4
19	Informa y orienta al paciente en la interpretación de su enfermedad.	1	2	3	4
20	Proporciona una interpretación de la condición del paciente y brinda orientación de los procedimientos.	1	2	3	4
21	Desarrolla función educadora: enseña estrategias y formas de prevenir enfermedades comunes.	1	2	3	4
<b>VI. El seguimiento y la garantía de calidad de las prácticas de cuidado de la salud</b>					
22	Utiliza la documentación necesaria para garantizar la atención médica y de enfermería segura.	1	2	3	4
23	Identifica las omisiones y/o alteraciones que puede presentar las órdenes médicas por seguridad.	1	2	3	4
24	Reconoce oportunamente un evento o problema que requiera un cambio o modificación de terapia.	1	2	3	4
25	Se comunica con el médico para coordinar el plan terapéutico más adecuado, de acuerdo con el estado del paciente.	1	2	3	4
<b>VII. Las competencias organizadoras del rol de trabajo</b>					
26	Coordina, prioriza y satisface múltiples necesidades y peticiones de los pacientes	1	2	3	4
27	Participa y facilita el trabajo en equipo proporcionando apoyo emocional y situacional al personal de enfermería.	1	2	3	4
28	Desarrolla competencias en el afrontamiento personal y la resistencia al cambio organizacional, mostrando aceptación - tolerancia de personas que se resisten al cambio del sistema; utilizando resultados de las investigaciones formales para iniciar y facilitar el cambio.	1	2	3	4
29	Supera la burocracia respondiendo a las necesidades del paciente y su familia.	1	2	3	4
<b>VIII. El rol de consultoría</b>					
30	Proporciona consultoría del cuidado del paciente al personal de enfermería a través de la intervención y seguimiento directo del paciente.	1	2	3	4
31	Participa en el proceso de aprendizaje propio acerca del rol de la enfermería en situaciones clínicas, atención al paciente, de nuevos miembros del equipo de Enfermería.	1	2	3	4
32	Proporciona defensa o "rol de abogacía" a los pacientes, mediante la sensibilización del personal, acerca de los dilemas que enfrentan los pacientes y familiares que requieren atención médica.	1	2	3	4

## Anexo 4

### ESCALA DE FELICIDAD DE LIMA

(Alarcón, 2006; Árraga & Sánchez, 2008)

**Instrucciones:** El presente instrumento contiene una serie de afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Lea detenidamente cada afirmación y luego utilice la escala para indicar su grado de aceptación o de rechazo a cada una de las frases. Marque su respuesta con **X**. No hay respuestas buenas ni malas.

Nº	Ítems	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
<b>I. Sentido positivo de la vida</b>					
1	En la mayoría de las cosas, mi vida profesional se acerca al ideal que esperaba	1	2	3	4
2	Siento que mi vida está llena de gozo por el trabajo	1	2	3	4
3	Las condiciones de mi trabajo son excelentes	1	2	3	4
4	Por lo general me siento bien trabajando	1	2	3	4
5	Soy una persona optimista en mi trabajo	1	2	3	4
6	La vida ha sido buena conmigo en el aspecto laboral	1	2	3	4
<b>II. Satisfacción con la vida</b>					
7	Estoy satisfecha(o) con lo que hasta ahora he alcanzado en mi vida	1	2	3	4
8	Estoy satisfecha(o) con mi vida personal	1	2	3	4
9	Estoy satisfecha(o) con lo que soy profesionalmente	1	2	3	4
10	Me siento satisfecha(o) al trabajar en esta institución	1	2	3	4
11	Pienso que soy feliz con mi labor de enfermera	1	2	3	4
12	He conseguido las cosas más importantes en mi vida profesional	1	2	3	4
<b>III. Realización personal</b>					
13	He experimentado la alegría al trabajar a gusto	1	2	3	4
14	La vida ha sido justa conmigo en el plano laboral	1	2	3	4
15	Me siento realizada (o) personalmente	1	2	3	4
16	Me siento realizada (o) profesionalmente	1	2	3	4
17	Me siento muy contenta (o) por lo que he logrado	1	2	3	4
18	Para mí la vida es una cadena de éxitos	1	2	3	4
19	Me considero una persona realizada con mi profesión de enfermera	1	2	3	4
<b>IV. Alegría de vivir</b>					
20	Me siento feliz por mi vocación de servicio	1	2	3	4
21	Si volviese a nacer no cambiaría nada en mi vida laboral	1	2	3	4
22	Mi vida transcurre plácidamente en mi centro de trabajo	1	2	3	4
23	Me siento feliz la mayoría del tiempo en mi centro de trabajo	1	2	3	4
24	Es maravilloso poder trabajar con mis colegas	1	2	3	4

Muchas gracias por su colaboración.

## Anexo 5

### Oficio del Hospital regional III Honorio Delgado Espinoza de autorización para la ejecución del proyecto



Hospital Regional "Honorio Delgado" Arequipa  
Dirección General



"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

Arequipa 20 de diciembre de 2019

Oficio N° 979 -2019-GRA/GRS/GR-HRHD/DG

Lic. Jesús Roger Chávez Parillo

Presente.-

ASUNTO: Proyecto de Tesis

REF: Oficio N° 1023-2019-GRA/GRS/GR-HRHD/DG-DE

Luego del cordial saludo y con relación a su solicitud, manifestamos en coordinación con el Departamento de Enfermería la autorización correspondiente para que se lleve a cabo su trabajo de Investigación "FELICIDAD Y CUIDADO ENFERMERO EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL REGIONAL III HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2019".

Al término del proyecto deberán entregarse al Departamento de Enfermería un ejemplar así como a la Oficina de Capacitación, Docencia e Investigación un ejemplar del informe final del trabajo de investigación en medio magnético.

Sin otro particular hago propicia la ocasión para expresarle mi consideración más distinguida

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
I.R.E.N. LA REGIONAL DE SALUD  
Hospital Regional Honorio Delgado  
Dr. *[Firma]* **Christines Apaza**  
DIRECTOR GENERAL  
M.P. 21700

OCHA/ESG/LTA.  
c.c.º Archivo  
DOC. 2725124  
EXP. 1761634

Av. Daniel Alcides Carrón N° 505 – Cercado  
Teléfonos: 054-233812 Dirección General  
054-231818 – 054- 219702

## Anexo 6

### Evidencias fotográficas de ejecución de la investigación Hospital Regional III Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2020



Serv. UCI, HRHD -  
2020

Serv. Unid. de Quemados,  
HRHD - 2020



Serv. pediatría, HRHD -  
2020



Serv. ginecoobstetricia,  
HRHD - 2020

Serv. Cirugía mujeres,  
HRHD - 2020



Serv. Centro Quirúrgico  
HRHD - 2020



Serv. Gastroenterología,  
HRHD - 2020

Serv. Cirugía varones,  
HRHD - 2020

