

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA



**ESTRESORES LABORALES Y PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA DEL
CUIDADO HUMANIZADO EN ENFERMERAS(OS), SERVICIO DE
EMERGENCIA, HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD, 2016**

Tesis presentada por las Licenciadas:

CABANA ESPINOZA, IVONNE DANIELA

DELGADO TORRES, JEIMY VICTORIA

Para obtener el Título de Segunda
Especialidad en Enfermería con
mención en EMERGENCIA

AREQUIPA – PERÚ

2017

ACEPTACIÓN DE LA ASESORA

La presente tesis ESTRESORES LABORALES Y PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA DEL CUIDADO HUMANIZADO EN ENFERMERAS(OS), SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD, 2016, reúne las condiciones y tiene mi conformidad.

Mg. Magali Gutiérrez Acuña
Coautora

MIEMBROS DEL JURADO

Dra. Gloria Angles Machicao	Presidenta
Mg. Magali Gutiérrez Acuña	Vocal
Mg. Fresia Manrique Tovar	Secretaria

La presente tesis sustentada el día 8 de setiembre del 2017, APROBADA POR UNANIMIDAD, queda conforme para seguir con el trámite correspondiente.

Mg. Fresia Manrique Tovar
Secretaria

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	9
B. OBJETIVOS	14
C. HIPÓTESIS	14
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
A. ANTECEDENTES	15
B. BASE TEÓRICO	20
C. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES	37
D. ALCANCES Y LIMITACIONES	40
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	
A. MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	41
B. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	42
C. POBLACIÓN DE ESTUDIO	43
D. MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	44
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	
A. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	46
CAPÍTULO V: RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
A. RESUMEN	63
B. CONCLUSIONES	65
C. RECOMENDACIONES	66
BIBLIOGRAFÍA	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 1 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN POR EDAD, SEXO, CONDICIÓN LABORAL Y TIEMPO DE SERVICIO, SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD, 2016	47
TABLA N° 2 DISTRIBUCIÓN DE ENFERMERAS(OS) POR ESTRESORES LABORALES, SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD, 2016	49
TABLA N° 3 DISTRIBUCIÓN DE ENFERMERAS(OS) POR AUTOEFICACIA DEL CUIDADO HUMANIZADO, SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD, 2016	50
TABLA N° 4 ESTRESORES LABORALES POR EDAD, SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD, 2016	51
TABLA N° 5 ESTRESORES LABORALES POR SEXO, SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD, 2016	53
TABLA N° 6 ESTRESORES LABORALES POR CONDICIÓN LABORAL, SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD, 2016	54
TABLA N° 7 ESTRESORES LABORALES POR TIEMPO DE SERVICIO, SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD, 2016	55
TABLA N° 8 PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA DEL CUIDADO HUMANIZADO POR EDAD, SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD, 2016	57

TABLA N° 9	PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA DEL CUIDADO HUMANIZADO POR SEXO, SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD, 2016	58
TABLA N° 10	PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA DEL CUIDADO HUMANIZADO POR CONDICIÓN LABORAL, SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD, 2016	59
TABLA N° 11	PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA DEL CUIDADO HUMANIZADO POR TIEMPO DE SERVICIO, SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD, 2016	60
TABLA N° 12	PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA DEL CUIDADO HUMANIZADO SEGÚN ESTRESORES LABORALES, SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD, 2016	61

INTRODUCCIÓN

En diferentes aspectos de la vida, las personas se ven expuestas a situaciones que producen estrés, una de esas situaciones corresponde a la actividad laboral, la cual representa una preocupación cada vez mayor en el mundo del trabajo, sin ser esta realidad ajena al área de la salud.

Es así que el ambiente de trabajo dejó de ser tan sólo origen de motivación, satisfacción y realización profesional y pasó a ser también fuente de preocupación, sufrimiento y contribuyente al surgimiento de patologías, de manera que el tema ha despertado interés en investigadores y en la sociedad en general, a causa de su impacto en el bienestar de los trabajadores y en consecuencia, en la pérdida de productividad y en los resultados organizacionales.

Los profesionales de enfermería debido a las características de su trabajo enfrentan situaciones que le pueden generar estados de estrés laboral, lo cual puede afectar su desempeño, al mismo equipo de salud y también a las personas que cuida.

Muchos son los estresores laborales, que se han identificado como causantes de estrés en el personal de enfermería. Por un lado están aquellos que son implícitos a la profesión, como son los relacionados con la dificultad para afrontar el dolor, el sufrimiento y la muerte de las personas y por otro, los relacionados con la organización del trabajo como son la falta de personal, la sobrecarga de trabajo y los problemas con los compañeros del equipo, tanto de enfermería como médico.

Estudios indican que el estrés laboral en enfermeras podría desencadenar disminución del sentido de realización personal o percepción de que los logros profesionales quedan por debajo de las expectativas personales, desempeño deficiente de su labor y supone una auto calificación negativa.

Los cuidados reducen las distancias entre los tratamientos y el sentido de la enfermedad, se basan en una visión holística y biopsicosocial, centrándose en las “respuestas” a los procesos mórbidos y de salud (Marriner, 2007).

La base del profesional enfermero es el cuidado y sobre el tema existen diversas teóricas que direccionan hacia un mismo objetivo, la defensa de la esencia de la Enfermería. La teorista Jean Watson, refiere que el cuidar es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo que una persona realiza para efectivamente llegar a ser. El cuidado humanizado va más allá del buen trato o satisfacción usuaria, también comprende aspectos más profundos debido a que existe un otro que necesita ser cuidado (Landman C. y Cols. 2014).

Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y

moral, como co-partícipe en las transacciones de cuidados humanos; para lograr el bienestar y la recuperación (Guzmán, 2011).

Entonces es necesario que las nuevas generaciones de profesionales tengan un soporte que los respalde cuando la situación lo requiera, o que conozcan cómo lidiar cuando les toque cuidar y cuidarse. (Poblete, 2009).

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En el mundo actual, las personas se encuentran sometidas a un ritmo de vida muy acelerado, con mayor demanda de competencia y especialización; con continua reformulación de objetivos, metas, entre otros aspectos. Este entorno exige a las personas mayor grado de autonomía, flexibilidad, seguridad en sí mismas, etc. siendo elementos necesarios para el buen funcionamiento de cualquier institución. Sin embargo son las contrariedades y exigencias que cotidianamente debe enfrentar cada persona propiciando el medio para estar sometido al estrés. (Coronado, 2006)

El estrés es la respuesta a un agente interno o externo perturbador; este agente es el estresor, el estímulo que provoca la respuesta al estrés. Puesto que casi cualquier cosa puede convertirse en un estresor sería imposible elaborar una lista exhaustiva de estresores. Sin embargo, se puede afirmar que algunas condiciones externas tienen mucha mayor probabilidad de operar como estresores que otras. Todos los estresores son ambientales en el sentido de que son parte del medio ambiente. (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España, 1997)

El estrés laboral es la reacción que puede tener una persona cuando las exigencias del entorno laboral superan la capacidad de las personas para hacerles frente o mantenerlas bajo control. (Sánchez, 2011)

Por estresores laborales se entienden como un conjunto de situaciones relacionados al ambiente físico, al ambiente psicológico y al ambiente social, (de carácter: sensorial o intra psíquico) ante las cuales las personas suelen experimentar estrés y consecuencias negativas. (Miranda, 2008)

A nivel mundial el estrés laboral afecta al 80% de la masa trabajadora, y se reconocen a los estresores laborales como un problema importante (Ortega, 2015). Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT) el 75% de los trabajadores mexicanos padece de estrés laboral, colocándolo en primer lugar a nivel mundial; le siguen China con 73% y Estados Unidos con 59%. (Rodríguez y cols. 2015)

En Perú, seis de cada diez peruanos señalan que su vida ha sido estresante en el último año, siendo mujeres las que reportan mayores niveles de estrés (63%), y dentro de las principales fuentes se tiene a las responsabilidades en el centro de estudios, trabajo u hogar (33%) (Compañía Peruana de Estudios de Mercados y Opinión Pública CPI, 2015). En Arequipa diariamente sólo en EsSalud del promedio de 264 personas que acuden al servicio de psiquiatría y psicología la gran mayoría de casos son depresión y estrés donde trabajo, familia, pareja y

entorno social figuran como las fuentes más comunes. (Diario Correo, 2015)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 85% del personal de salud a nivel mundial presenta síntomas de estrés asociado a las condiciones de trabajo y que a lo largo de la vida el 68% de la población desarrolla alguno de los trastornos relacionados con el estrés. (Díaz y cols. 2013)

En este sentido el contexto hospitalario es uno de los entornos laborales más estresantes y por consecuencia el profesional de salud está en riesgo. El trabajo con personas significa para el profesional que lo realiza un doble reto, ya que implica un alto nivel de eficacia profesional y un compromiso personal en el que se afectan sus emociones y necesidades. (Marchena y Cols. 2013)

En base a ello Enfermería es una profesión que vive eventos de intensidad emocional, sumándose a ello el trabajo nocturno, así como, la responsabilidad que tiene en la efectividad de los resultados de las diferentes intervenciones y esto trae como consecuencia la presencia de manifestaciones psicósomáticas, signos y síntomas que son expresiones propias del estrés. (Coronado, 2006)

Los diversos estudios analizados y nuestra propia experiencia profesional nos han permitido observar dificultades y fuentes de estrés que acompañan el desarrollo de las funciones de las(os) enfermeras(os), que pueden deteriorar las condiciones de trabajo y por tanto, la eficacia y percepción del cuidado humanizado.

La percepción es un proceso mental del ser humano que le permite organizar de forma significativa y clara todo aquello que obtiene del exterior, para tener conciencia de lo que le rodea.

Diversas teorías y modelos tratan de direccionar el cuidado humanizado definiéndolo como un proceso recíproco, interactivo e interpersonal que

involucra el bienestar tanto del que recibe como del que otorga el cuidado. La visión humanista se viene representando por diversas teóricas y dentro de ellas Jean Watson; quien cambia la visión de los cuidados de Enfermería, alegando que el cuidado debe adquirir una dimensión profunda que va más allá de una simple técnica, de planificar una atención o la de una educación rutinaria; es estar ahí con el otro, es compartir sus sentimientos y sus emociones. (Juárez y col. 2009)

Entonces, se entiende que la percepción de la autoeficacia del cuidado humanizado es un proceso mediante el cual el profesional de Enfermería realiza una evaluación sobre su capacidad para realizar un cuidado humanizado que considere aspectos transpersonales, como el establecer una verdadera relación de ayuda con la persona y donde la persona y el personal de Enfermería obtienen momentos significativos en su interior durante la interacción del cuidado. (González y col. 2009)

Las organizaciones de salud son instituciones que requieren cobrar protagonismo en la calidad de su atención y cuidado, ya que están dirigidas a satisfacer las necesidades de la población (Cabarcas y col. 2009). En el caso de los servicios de emergencia, son los profesionales de la salud, los responsables de la respuesta inmediata en la hora de oro, dado que la actuación del equipo multidisciplinario ha demostrado disminuir el número de lesiones invalidantes, así como los fallecimientos.

Parte del equipo multidisciplinario son los profesionales de enfermería, quienes desde el ingreso de la persona hasta su egreso ven la evolución de la misma, razón por la cual es un punto importante y crítico de la evaluación, lo cual se traduce en la calidad del cuidado que se brinda. (Barragán B. 2013)

Muchas veces las condiciones del servicio de emergencia como: la elevada tecnificación, la sobrecarga, el contacto con el sufrimiento, la relación con las personas, los familiares, problemas de interrelación con los compañeros de trabajo en los momentos más críticos y una tendencia

a centrar la atención de los cuidados en el aspecto físico pueden convertirse en un reto para el profesional de enfermería.

Pero tanto a nivel internacional y nacional estudios coinciden al concluir que la percepción del cuidado de Enfermería no es el más óptimo o practicado por el mismo personal (Valderrama, 2010) (Brandão y col. 2014), de la misma manera en nuestro país se aprecia no sólo un bajo nivel en la percepción de calidad de atención, sino también una tendencia a seguir descendiendo, tanto para los hospitales del Ministerio de Salud - MINSA, como para los del Seguro Social de Salud - EsSalud. (MINSA, 2009)

El hospital III Yanahuara EsSalud tiene adscritos a 180 mil asegurados y la unidad de emergencia brinda atención a más de 500 personas diariamente por lo que merece especial consideración, ya que es aquí donde la persona acude para ser atendida por una enfermedad de aparición súbita. Desde esta perspectiva Enfermería debe caracterizarse por cuidar, ayudar en el alivio del sufrimiento, la rehabilitación y promoción de la buena salud. (Hernández, 2010)

Es así que se hace indispensable la realización de estudios sobre el cuidado humanizado en los servicios de emergencia, pero desde la perspectiva del profesional enfermero, lo que permitirá aportar información relevante al campo de la disciplina, detectando las fortalezas y barreras que visualizan los profesionales. Todo esto para posteriormente realizar reflexiones y proponer sugerencias para el avance y preservación del cuidado humanizado y la mejor interacción con las personas.

Por lo anteriormente expuesto, la presente investigación pretende responder la interrogante:

¿Existe relación entre estresores laborales y la percepción de autoeficacia del cuidado humanizado en enfermeras(os) del servicio de emergencia, Hospital III Yanahuara EsSalud, 2016?

B. OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre estresores laborales y la percepción de autoeficacia del cuidado humanizado en enfermeras(os), servicio de emergencia, Hospital III Yanahuara EsSalud, 2016

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.1. Caracterizar a la población por: Edad, sexo, condición laboral, tiempo de servicio.
- 2.2. Identificar presencia de estresores laborales en enfermeras(os), servicio de emergencia, Hospital Yanahuara III EsSalud.
- 2.3. Valorar la percepción de autoeficacia de cuidado humanizado en enfermeras(os), servicio de emergencia, Hospital Yanahuara III EsSalud.
- 2.4. Establecer la relación entre estresores laborales y la percepción de autoeficacia del cuidado humanizado en enfermeras(os), servicio de emergencia, Hospital III Yanahuara EsSalud, 2016.

C. HIPÓTESIS

Existe relación entre estresores laborales y percepción de autoeficacia del cuidado humanizado en enfermeras(os), servicio de emergencia, hospital III Yanahuara, EsSalud, 2016.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

A. ANTECEDENTES

CÁRDAVA V. (ESPAÑA 2013). En su estudio, factores desencadenantes de estrés en el servicio de urgencias en el hospital universitario central de Asturias (enfermeros y auxiliares) concluye que los factores desencadenantes de estrés en el personal de enfermería de los servicios de urgencias son en primer lugar los relacionadas con el ambiente psicológico , la falta de apoyo y la muerte y sufrimiento, seguidos de la carga de trabajo, el 60% de profesionales presentan estrés por encima de la media y en cuanto a la categoría profesional el mayor peso de situaciones estresantes tanto en el ambiente físico como psicológico recae sobre la enfermera.

ORAMAS A. (CUBA 2013). En su estudio, estrés laboral y síndrome de Burnout en docentes cubanos de enseñanza primaria. Investigación descriptiva con un diseño transversal. Llegaron a los resultados: El grupo de docentes estudiado presenta una alta frecuencia de estrés laboral, 88.2%, fundamentada en síntomas de estrés y una vivencia de estar estresados en su trabajo y los principales estresores laborales identificados son el volumen de trabajo en acción conjunta con las demandas derivadas de las características de los estudiantes, los cambios del sistema de enseñanza y las presiones de los superiores, en condiciones de salario inadecuado e insuficientes recursos para el trabajo.

ARÉVALO R (ECUADOR 2012). En su estudio, el estrés laboral en el personal de enfermería del hospital IESS Loja. Con el objetivo de detectar factores psicosociales en el ambiente laboral que generen estrés en las enfermeras. Fue un estudio cualicuantitativo descriptivo correlacional. Los resultados muestran riesgos psicosociales del trabajo relacionados con altas demandas por tareas de carácter que implican una sobrecarga cuantitativa, mental y emocional significativa

ANDRADE C. (MÉXICO 2011). En su estudio, factores que condicionan estrés en el personal de enfermería. Donde los estresores intrapersonales obtuvieron los valores más altos de estrés debido a la frecuencia de conflictos con compañeros, para los estresores interpersonales fue calificado extremadamente estresante al considerar su ambiente como conflictivo, y en los estresores extra personales la necesidad de trabajar en otra institución fue extremadamente estresante. Concluyendo que en general la experiencia laboral en el ámbito hospitalario (estresores interpersonales) es para las enfermeras moderadamente estresante.

CREMADES J. Y COLS. (ESPAÑA 2011). En su estudio, identificación de factores de estrés laboral en profesionales de enfermería. Se identifican diferentes factores de estrés en los profesionales: Sobrecarga de trabajo; no tener tiempo suficiente para realizar todas mis tareas de enfermería; condiciones físicas de trabajo inadecuadas (ruidos, poca luz, poca

ventilación, mal olor, higiene, etc.); espacio físico insuficiente o mal distribuido (control de enfermería, habitaciones, etc.); interrupciones frecuentes en la realización de mis tareas; falta de tiempo para algunos pacientes que lo necesiten; consecuencias de mis errores para el enfermo. Se concluye que los factores con mayor consenso y mayor puntuación en el grupo, pueden usarse como herramienta en la gestión clínica de unidad hospitalaria, a fin de mejorar la calidad de vida laboral de los trabajadores, y buscar la excelencia en la línea gestora.

CAMPANARIO R. (ESPAÑA 2011). En su estudio, situaciones estresantes para el personal de enfermería. Hospital Universitario Virgen del Rocío". Al clasificar los estresores, se nota que giran en torno al ambiente físico, es decir: Interrupciones frecuentes en la realización de sus tareas (96,8%), el médico no está presente cuando un paciente se está muriendo (90,3%), recibir información insuficiente del médico acerca del estado clínico de un paciente (90,3%), ver a un paciente sufrir (83,9%), no tener tiempo suficiente para dar apoyo emocional al paciente (93,5%), no tener tiempo suficiente para realizar todas mis tareas de enfermería (96,8%), el médico no está presente en una urgencia médica (93,2%), falta de personal para cubrir adecuadamente el servicio (100%).

DÍAZ I. Y COLS. (TARAPOTO 2013). En su estudio, estrés laboral y su relación con el desempeño profesional en el personal de enfermería del Hospital II-2 Tarapoto. Concluyendo que el 35% de la población refiere que son los factores físicos relacionados con la carga y contenido del trabajo que con mayor frecuencia causa estrés laboral, el 76.7% de la población presento un nivel medio en cuanto a la realización de las tareas de enfermería y es el servicio de emergencia en donde se genera con mayor frecuencia el estrés laboral, el 11.7% de los enfermeros de este servicio identifican ciertas situaciones o factores causantes de estrés, haciéndolos vulnerables a prestar frecuentemente estrés laboral y en consecuencia disminuyendo el nivel de desempeño profesional.

PASSIURI L. Y COL. (TRUJILLO 2012). En su estudio, nivel de estrés laboral y tipo de relaciones interpersonales laborales del profesional de enfermería con el equipo de salud en el Hospital II Chocope – EsSalud. Chocope - Trujillo, en una población de 36 profesionales de enfermería. Encontrándose que el 27.8% del total de enfermeras presentó bajo nivel de estrés laboral y el 72.2% estrés laboral medio. En cuanto a las relaciones interpersonales de la enfermera con el médico son efectivas en el 36.1% e inefectivas en el 63.9%.

LANDMAN C. Y COLS. (CHILE 2014). En su estudio, cuidado humanizado desde la perspectiva del enfermero de la unidad de emergencias. Concluye que el contexto de la unidad de emergencia difiere al de otros servicios hospitalarios debido a múltiples factores que dificultan el cuidado humanizado. El concepto de cuidado humanizado descrito por los actores es similar al teórico, pero refieren dificultades para llevarlo a cabo. Los cuidados humanizados en enfermería, deben ser una fortaleza presente en toda atención y a su vez, el personal de emergencia debiera ser capacitado continuamente, así como también realizar estudios cualitativos sobre la temática.

BATISTA J. Y COLS. (BRASIL 2012). En su estudio, el cuidado humanizado en la percepción de las enfermeras. Concluye que las reflexiones mostraron que a pesar de que los profesionales de la salud a veces se consideraron "insensibles" y otros técnicos; Hubo una preocupación para rescatar la esencia de humanización sobre una base diaria con el fin de sensibilizar y educar a los profesionales y las personas encargadas del cuidado del paciente, lo que refuerza la idea de que son las piedras angulares de este cambio, que a su vez requiere de incentivos y valoraciones.

POBLETE M. (CHILE 2009). En su estudio, cuidado humanizado: percepción de autoeficacia en enfermeras académicas y asistenciales concluye que la percepción de autoeficacia para efectuar el cuidado humanizado, en ambos grupos de enfermeras es similar, en forma

general, puede ser considerada, un logro para la profesión y disciplina. Este importante resultado, evidencia que las enfermeras comparten una visión de cuidado humanizado y ético.

ZEGARRA I. (LIMA 2011). En la investigación, percepción que tienen las enfermeras y los pacientes sobre cuidados de enfermera servicio de cardiología, tuvo como objetivo determinar si existen diferencias y si estas son significativas entre la percepción que tienen las enfermeras y los pacientes sobre cuidados de enfermería. Estudio descriptivo, comparativo que concluye que los pacientes en un 85% perciben como medianamente favorables los cuidados, mientras que las enfermeras lo perciben como favorables en un 100%.

LINARES C. (AREQUIPA 2016). En su estudio, calidad del cuidado de la enfermera y la percepción de las personas hospitalizadas en el servicio de UCI-UCIM HNCASE EsSalud, Arequipa 2015. Con el objetivo de analizar la relación de la calidad del cuidado de la enfermera con la percepción de las personas hospitalizadas. Estudio descriptivo de diseño correlacional y corte transversal. El estudio concluye que: Referente a la variable calidad del cuidado de la enfermera, la mayoría de la población en estudio muestra autoeficacia en el nivel medio. Con la aplicación del χ^2 se encontró alto nivel de significancia estadística (0.001) existiendo relación entre las variables calidad del cuidado de la enfermera con la percepción de la persona hospitalizada.

B. BASE TEÓRICA

1. ESTRESORES LABORALES

1.1. DEFINICIÓN DE ESTRÉS

La Organización Mundial de la Salud define al estrés como el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción, ante la presencia de cualquier estresor o situación estresante. (OMS, 1984)

En términos globales se trata de un sistema de alerta biológico necesario para la supervivencia. Cualquier cambio o circunstancia diferente que se presente puede generar estrés dependiendo, además, del estado físico y psíquico de cada individuo. (Torrades, 2007)

1.2. DEFINICIÓN DE ESTRÉS LABORAL

El estrés laboral es la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación. Aunque el estrés puede producirse en situaciones laborales muy diversas, a menudo se agrava cuando el empleado siente que no recibe suficiente apoyo de sus supervisores, colegas y cuando tiene un control limitado sobre su trabajo o la forma en que puede hacer frente a las exigencias y presiones laborales. (Instituto de trabajo, salud y organizaciones, 2004)

Para la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el estrés relacionado con el trabajo está determinado por la organización del trabajo, el diseño del trabajo y las relaciones laborales, y tiene lugar cuando las exigencias del trabajo, no se corresponden o exceden de las capacidades, recursos o necesidades del trabajador o cuando el conocimiento y las habilidades de un trabajador o de un grupo para enfrentar dichas exigencias no coinciden con las expectativas de la cultura organizativa de una empresa.(OIT, 2016)

1.3. ESTRÉS LABORAL EN EMERGENCIA

Una unidad de emergencia hospitalaria es una organización de profesionales sanitarios que ofrecen asistencia multidisciplinar, ubicada en un área específica del hospital, cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender a las urgencias y emergencias. Dentro de la unidad de emergencia hospitalaria se identifica diferentes áreas en función de la gravedad y motivo de consulta para la atención de la persona:

Clasificación: el triaje es la primera actividad de gestión clínica, que permite asignar prioridad de atención y recurso asistencia a los pacientes y supone la puerta de entrada hospitalaria.

- Atención a la emergencia vital (unidad de shock trauma).
- Atención a la patología emergencia clínicamente objetiva.
- Atención a la patología menos urgente y no urgente.

La observación clínica: es equiparable a una unidad de hospitalización, posibilitando tratamiento de la persona y/o el seguimiento de su evolución, con su posterior resolución a ingreso, derivación o alta. (Álvarez, 2010)

Por lo tanto, las características generales del profesional de enfermería en el servicio de emergencias son: priorización, actuación inmediata, eficacia, rapidez, coordinación y control de técnicas. (Avilés, 2008)

Los servicios de emergencias son lugares generadores de estrés por excelencia, dadas sus características: presión del tiempo y actuaciones urgentes, imposibilita de realizar periodos de descanso predecibles durante el trabajo, carencia de soporte ambiental (espacio, luz decoración, climatización inadecuada) , imposibilidad de planificar la asistencia, falta de cooperación de los enfermos y de sus familiares debido a las demandas en la asistencia responsabilidad civil y penal que

conlleva la asistencia sanitaria, continuo riesgo y peligrosidad al que se está sometiendo, aumento de las exigencias en cuanto a la calidad de la actuación del profesional y continuo incremento de la presión social, que convierte a los pacientes en sujetos hipercríticos con la actuación del personal sanitario y en blanco de protestas por todos los fallos del sistema sanitario. (Avilés, 2008)

1.4. DEFINICIÓN DE ESTRESORES LABORALES

Se utiliza el término estresor o factor estresante, al estímulo que provoca una respuesta al individuo a su vez clasificándose en psicosociales que es al generar estrés por el significado que la persona le asigne y biogénicos que producen determinados cambios bioquímicos o eléctricos automáticamente causando respuesta al estrés. (Enamorado y col, 2006).

Es decir, un estresor es cualquier circunstancia que la persona percibe como una amenaza o como algo del entorno que supera su capacidad de respuesta, en este momento, el estresor se constituye como el elemento que activa nuestro cuerpo para hacerle frente. Los estresores descritos más habitualmente en el ámbito laboral están relacionados, entre otras, con las características de la tarea (sobrecarga o infra carga de trabajo, ritmo de trabajo, capacidad de toma de decisiones al realizar el trabajo, repetitividad, etc.), con la estructura de la organización (ambigüedad y conflicto de rol, etc.), con las relaciones personales en el lugar de trabajo (estilo demandante, relación con iguales, etc.). (Junta De Castilla y León, 2008)

1.5. ESTRESORES LABORALES EN ENFERMERÍA

Día tras día se ponen de manifiesto mayor número de fuentes de estrés, así como signos indicativos de un aumento de problemas relacionados al estrés en los trabajadores de los sistemas de salud. Dentro de las ciencias de la salud, enfermería se considera una profesión estresante

con una alta prevalencia de trastornos psicológicos que parecen estar relacionados con el estrés. (Cremades y col. 2011 y García y col, 2001)

Ya en el marco teórico de la enfermería, se hacía ver ya indicios del afrontamiento del estrés en esta profesión. Así pues, el modelo de adaptación señala que, las respuestas adaptativas son respuestas que favorecen la integridad de la persona en términos de metas de supervivencia crecimiento reproducción y dominio. Y no es para menos, puesto que el ejercicio enfermero, ha pasado de ser una enfermería intuitiva, centrada solamente en el tratamiento y diagnóstico médico del enfermero, a ser una enfermería profesional, con rol autónomo y capacidad de decisión. (Bonfill y col. 2010 y Tomas y col ,2002)

El hecho de trabajar con el lado emocional de la persona, la escasa autonomía en su trabajo, la elevada presión a la que están sometidos, la complejidad de sus funciones o la sobrecarga de trabajo hacen de la enfermería una diana perfecta para que el estrés apunte en el blanco. (Cremades y col., 2011 y Schüllery col. 2003)

Los estresores laborales en enfermería son todas aquellas situaciones estresantes relacionadas con el trabajo de enfermería capaces de generar alteraciones físicas, psicológicas y sociales (Zambrano, 2006). En este sentido se han caracterizado los principales estresores laborales en enfermería los cuales se describen a continuación:

1.5.1. Estresores Relacionados al ambiente físico:

Son las características relacionadas con el contenido y carga de las actividades de trabajo y el ambiente en que se desarrollan las mismas. Los eventos estresores relativos al ambiente de trabajo son indeseables sobre la salud de los profesionales que los hacen más vulnerable a los estados de estrés. Son todos aquellos eventos que alteran el curso normal de la labor del profesional en salud debido a que distorsionan la concentración y tranquilidad que requieren para ejecutar su labor de una

manera óptima, siendo principalmente el ambiente laboral inadecuado. Los servicios de hospitalización, por las características de los pacientes que se atienden, generan estrés que se suma a las condiciones ambientales y al riesgo biológico que debe afrontar el personal en el desarrollo de su labor. (Omaña, 1995)

Una característica que puede producir tensión en el trabajo es el grado en que un ambiente laboral permite a la persona controlar las actividades a realizar. Se refiere a la influencia que el sujeto tiene sobre el contenido de su propio trabajo, dominio de sus actividades a realizar como la planificación y determinación de los procedimientos de enfermería a usar, cateterización de vías periféricas, colocación de sondas nasogástricas, control de signos vitales, oxígeno terapia, hidroterapia”. Cuando el profesional de enfermería decide tomar sus decisiones acerca de su trabajo y no lo realiza por no tener seguridad y dominio en lo que está realizando, situación que la función propia de la profesión no lo permite (Villalobos, 1999). Estos aspectos relacionados al ambiente físico se resumen en:

La carga de trabajo: relaciones del estrés tanto con la sobrecarga cuantitativa física y mental (tener mucho que hacer), incluyendo la presión para hacer el trabajo en un tiempo determinado, como la infracarga por empobrecimiento del trabajo, así como con la sobrecarga e infracarga cualitativa. (Sutherland y Cooper 1990)

1.5.2. Estresores Relacionados al ambiente Psicológico:

Son aquellas características psicológicas personales que por ende generan una organización dinámica, en el interior de la persona que determinan su conducta y su pensamiento característicos ante la presencia de agentes estresores. Son característicos de cada persona, y que en ellos se refleja su adaptación al ambiente, a la vez que son formas de acción sobre él.

A las características propias del ejercicio profesional y que son independientes del lugar o espacio físico en donde se está trabajando como la realización de procedimientos dolorosos, escuchar o hablar frecuentemente con los pacientes y sus familias sobre la muerte cercana, la muerte del paciente cuando se ha establecido una relación estrecha, convivir diariamente con el sufrimiento y el contacto permanente con personas deprimidas, desarrollando una resistencia emocional del profesional de enfermería, al ayudar a controlar el dolor y dar esperanza a los pacientes, esto es tanto una satisfacción como un riesgo al estrés. (Hall, 1999)

Estos aspectos relacionados al ambiente psicológico se resumen en:

- Muerte y sufrimiento de los pacientes.
- Preparación inadecuada para afrontar las necesidades emocionales de los pacientes y sus familias.
- Falta de apoyo personal.
- Incertidumbre relativa a los tratamientos.

1.5.3. Estresores Relacionados al ambiente Social:

Los factores sociales son aquellas características de la organización del trabajo en el hospital que afectan la salud de los miembros del equipo de salud.

La calidad de las relaciones interpersonales es un factor importante a la hora de determinar su potencial estresor. Las buenas relaciones entre los miembros del grupo es un factor central de la salud, de la persona y de la organización.

Unas relaciones desconfiadas, sin apoyo, poco cooperativas y destructivas producen niveles de tensión y estrés entre los miembros de un grupo de la organización, ya que el profesional de enfermería no

puede resolver problemas del diario vivir les hace sentirse abandonados y sin esperanzas, de esta manera la posibilidad de contar con personas, compañeros o supervisores que estarán dispuestas a acompañarlos hace que el manejo de las dificultades propias de la profesión sean menores con lo que el estrés no se presentará, saber que podemos tener buenas relaciones interpersonales y que contamos con otros es un factor protector para el estrés. (Hall, 1999)

Son otra fuente potencial de estrés, la rivalidad entre compañeros por conseguir condiciones o situaciones más ventajosas, la falta de apoyo emocional en situaciones difíciles e incluso la falta de relaciones entre iguales, en especial en los niveles más altos de la organización, por ejemplo, la soledad del directivo, son fuentes de estrés que pueden repercutir en la atención que se preste. En los profesionales de la salud saber que necesitamos y contamos con otros compañeros para cumplir con el trabajo crea un ambiente de camaradería que puede ser un factor protector ya que se tiene que consultar para no equivocarse. (Villalobos, 1999)

Estos aspectos relacionados al ambiente social se resumen en:

- Conflictos con los médicos.
- Conflictos con otros enfermeros y supervisores.

1.6. CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS LABORAL

1.6.1. Efectos del estrés laboral en la persona

El estrés afecta diferente entre cada persona. El estrés laboral puede dar lugar a comportamientos disfuncionales y no habituales en el trabajo y contribuir a la mala salud física y mental de la persona. En casos extremos, el estrés prolongado o los acontecimientos laborales traumáticos pueden originar problemas psicológicos y propiciar trastornos psiquiátricos que desemboquen en la falta de asistencia al trabajo e impidan que el trabajador pueda volver a trabajar.

Cuando la persona está bajo estrés resulta difícil mantener un equilibrio saludable entre la vida laboral y la vida no profesional; al mismo tiempo, puede abandonarse a actividades poco saludables como el consumo de alcohol, tabaco y drogas. El estrés también puede afectar el sistema inmunitario, reduciendo la capacidad de la persona para luchar contra las infecciones. (Instituto de Trabajo, Salud y Organizaciones, 2004)

Cuando está sometido a estrés laboral, la persona puede:

- Estar cada vez angustiado e irritable.
- Ser incapaz de relajarse o concentrarse.
- Tener dificultades para pensar con lógica y tomar decisiones.
- Disfrutar cada vez menos de su trabajo y sentirse cada vez comprometido con este.
- Sentirse cansado, deprimido e intranquilo.
- Tener dificultades para dormir.
- Sufrir problemas físicos graves como: cardiopatías, trastornos digestivos, aumento de la tensión arterial y dolor de cabeza, trastorno musculoesquelético (como lumbalgias, trastornos de los miembros superiores). (Instituto de Trabajo, Salud y Organizaciones, 2004)

1.6.2. Efectos del estrés laboral en las entidades

Si afecta a un gran número de trabajadores o miembros clave del personal, el estrés laboral puede amenazar el buen funcionamiento y los resultados de la entidad.

Una entidad que no goce de buena salud no puede obtener lo mejor de sus empleados, y esto, es un mercado cada vez más competitivo, puede afectar no solo a los resultados, sino, en última instancia a la

supervivencia de la propia entidad. (Instituto de trabajo, salud y organizaciones, 2004)

El estrés laboral puede afectar a las entidades del siguiente modo:

- Aumento del absentismo.
- Menor dedicación al trabajo.
- Aumento de la rotación del personal.
- Deterioro del rendimiento y la productividad.
- Aumento de las prácticas laborales poco seguras y de las tasas de accidentes.
- Aumento de las quejas de usuarios y clientes.
- Efectos negativos en el reclutamiento de personal.
- Aumento de los problemas legales ante las demandas presentadas y acciones legales emprendidas para trabajadores que sufren de estrés.
- Deterioro de la imagen institucional tanto entre sus empleados como de cara al exterior. (Instituto de trabajo, salud y organizaciones, 2004)

2. PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA DEL CUIDADO HUMANIZADO

2.1. DEFINICIÓN DE PERCEPCIÓN

En las últimas décadas el estudio de la percepción ha sido objeto de creciente interés dentro del campo de la antropología y psicología siendo definida como el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización. En el proceso de la percepción se ponen en juego referentes ideológicos y culturales

que reproducen y explican la realidad y que son aplicados a las distintas experiencias cotidianas para ordenarlas y transformarlas. (Vargas, 1994)

Así mismo La real Academia de la Lengua refiere acerca de percepción como la sensación interior que resulta de una impresión material hecha en los sentidos. (Real Academia Española, 2015)

La diferencia entre percepción y sensación, es que la percepción incluye la interpretación y el análisis de los estímulos, mientras que la sensación es la experiencia inmediata que apunta a una respuesta involuntaria y sistemática.

2.2. DEFINICIÓN DE AUTOEFICACIA

La autoeficacia es un concepto que introdujo Albert Bandura, en 1986, cuando elaboró la Teoría del Aprendizaje Social, referente a la regulación de la motivación y la acción humana, que implica tres tipos de expectativas: las expectativas de situación-resultado, las expectativas de acción-resultado y la autoeficacia percibida.

Este término ha sido retomado últimamente desde la psicología social, para lograr explicar ciertas creencias, pautas y comportamientos humanos a partir de niveles de análisis afectivos, cognitivos y conductuales. La autoeficacia se define como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento.”

También hace referencia entonces a las creencias propias acerca de las capacidades sobre aprender o rendir efectivamente en determinada situación, actividad o tarea.

La autoeficacia influye positiva o negativamente en tres factores principales del comportamiento humano: en el ámbito afectivo (emociones, sentimientos, etc.), en el ámbito cognitivo (pensamiento, resolución de tareas, etc.) y en el ámbito conductual (comportamientos). Estudios han demostrado como las personas con unos niveles altos de

autoeficacia, tienen una mejor adaptación biológica, psicológica y social a sus situaciones particulares de vida. (Velásquez, 2012)

2.3. AUTOEFICACIA Y CONDUCTAS DE SALUD

Investigaciones revelan que altos niveles de autoeficacia tienen consecuencias beneficiosas para el funcionamiento del individuo y su bienestar general. Además los estudios indican consistentemente que los individuos con alta autoeficacia percibida también tienen más probabilidad de evaluar su salud como mejor, estar menos enfermos o depresivos, y recuperarse mejor y más rápidamente de las enfermedades, que las personas con baja autoeficacia.

Para Bandura la autoeficacia percibida para afrontar eventos amenazantes juega un rol central en las reacciones de estrés. Así, se ha observado, que un bajo nivel de eficacia percibida en el control de estresores psicológicos está acompañada por elevados niveles de estrés subjetivo, activación autonómica y secreción de catecolaminas plasmáticas. Por otro lado, se ha demostrado que las distintas reacciones de estrés son bajas cuando la gente sabe manejar los estresores, con un adecuado nivel de autoeficacia.

Otros estudios se han centrado en el rol de la autoeficacia sobre el nivel de estrés experimentado por personas respecto al hecho de estar enfermo. (Olivari y Col 2007)

2.4. DEFINICIÓN DE CUIDADO

El cuidado es una forma de expresión, de relación con el otro ser y con el mundo, como una forma de vivir plenamente. Cuidar significa comportamientos y acciones que envuelven conocimientos, valores, habilidades y actitudes, emprendidas en el sentido de favorecer las potencialidades de las personas para mantener o mejorar la condición humana en el proceso de vivir y morir. Cuidar implica comprender y ser comprendido, buscando el crecimiento y desarrollo de la persona, del ser

ahí en el mundo. El cuidado es “como una forma ética y estética de vivir, que se inicia por el amor a la naturaleza y pasa por la apreciación de lo bello. Consiste en el respeto a la dignidad humana, en la sensibilidad para con el sufrimiento y en la ayuda para superarlo, para enfrentarlo y para aceptar lo inevitable. (Arana y Col. 2009)

2.5. PARADIGMAS DEL CUIDADO

La disciplina en enfermería es multifacética, la cual engloba conceptos de persona, entorno, salud y cuidado, que son elementos básicos en el quehacer profesional los cuales están fuertemente vinculados como ejes del cambio paradigmático. Los paradigmas en la profesión de enfermería tienen un modo de actuar, lo que conlleva que en la medida que se van logrando conocimientos propios en la práctica e investigación de enfermería, se van encaminando al desarrollo de la base teórica de la profesión. Esto permite la generación de conocimientos tanto emanados de la práctica como de la teoría, vinculando las interrelaciones que se efectúan entre los elementos del paradigma enfermero y los resultados que puedan conducir al descubrimiento e incremento de los saberes propios de la disciplina científica.

Los paradigmas en el quehacer de enfermería acentúan una visión de componentes filosóficos, epistemológicos e ideológicos, en el sentido de favorecer al individuo en el ejercicio de su cuidado desde una perspectiva social y profesional, para atender las necesidades de salud actuales y futuras de la población.

Entonces, con ello aportará con eficiencia y eficacia mejoras a las demandas de la población, funciones educativas, administrativas, y sobre todo adentrarse en la investigación para posibles soluciones en el área que le compete junto con otros profesionales de la salud, a través de la aplicación de un método científico serio y rígido que apoye y fortalezca un verdadero sustento del cuidado de enfermería. (Martínez L. y Col. 2011)

La clasificación de los modelos de enfermería como paradigma, según que aplicaba conceptos meta paradigmáticos como los de persona, entorno, salud y enfermería, permite comprender el desarrollo del conocimiento y muestra el avance de la ciencia de enfermería dentro de las visiones contempladas por estos paradigmas. Se presentan tres paradigmas: categorización, integración y transformación, que a la vez se han fundado en las diferentes corrientes de pensamiento que han servido para orientar la disciplina de enfermería. (Velásquez y Col. 2008)

2.5.1. Paradigma de la Categorización

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

En el campo de la salud, este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. Estas manifestaciones poseen características bien definidas y medibles. Pueden ser ordenadas, tienen entre sí secuencias definidas de aparición y de enlaces previsibles. El paradigma de la categorización ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión enfermera, una orientación centrada en la salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad y, la otra, centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica. (Linares, 2016)

2.5.2. Paradigma de la Integración

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

2.5.3. Paradigma de la Transformación

El paradigma de la transformación cumple con las siguientes funciones: proporciona una estructura compacta de conceptos centrales y de sus interrelaciones que puede utilizarse para la descripción y el análisis, reduce la probabilidad de que existan supuestos y conceptos ocultos inadvertidamente, ya que cada nuevo supuesto y concepto ha de deducirse lógicamente de los componentes anteriores e introducirse en ellos de forma explícita, aumenta la cuantía de las interpretaciones teóricas, promueve el análisis más de la descripción de detalles completos, y permite codificar el análisis cualitativo de forma que se aproxime a la lógica aunque no al rigor empírico de dicho análisis. Con lo anterior se reafirma que los cuidados no son empíricos ni producto de una necesidad ocasional, más bien están basados en un conocimiento científico. (Martínez y Col. 2011)

El paradigma de la transformación representa un cambio de mentalidad sin precedentes, ya que es un proceso recíproco y simultáneo de interacción. En este sentido la enfermera crea las posibilidades de desarrollar el potencial de la persona que a su vez se beneficia de la persona para el desarrollo de su propio potencial, orientado a la persona, entorno, salud y enfermedad. Por lo tanto enfermería confiere que la persona evolucione en la búsqueda de una calidad de vida y defina su potencial y sus prioridades.

En la salud, le da un valor y sentido de acuerdo a la experiencia vivida, en donde la salud va más allá de la enfermedad. Y tanto el entorno como la persona poseen una constante interacción aun teniendo su propio ritmo, su orientación y velocidad ya que tienen una estrecha interacción a lo largo de la historia. La enfermería enlaza diferentes dimensiones de los factores que influyen en el cuidado profesional de enfermería para obtener elementos sólidos que la ayudan a pensar al ser humano en su dimensión holística. (Martínez y Col. 2011)

2.6. CUIDADO HUMANIZADO, TEORÍA DEL CUIDADO TRANSPERSONAL DE JEAN WATSON

Watson ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial – fenomenológico) y con base espiritual y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Lo anterior le permitió a Watson la articulación de sus premisas teóricas, conjuntamente con las premisas básicas de la ciencia de la enfermería

Premisa 1. “El cuidado y la enfermería han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido combinar su orientación humanística con los aspectos científicos.

Premisa 2. “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.

Premisa 3. “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado. (Rivera y col, 2007)

2.7. AFIRMACIONES TEÓRICAS

2.7.1. Enfermería

Según Watson la enfermería consiste en «conocimiento, pensamiento, valores, filosofía, compromiso y acción, con cierto grado de pasión». Las enfermeras se interesan por entender la salud, la enfermedad y la experiencia humana, fomentar y restablecer la salud, y prevenir la enfermedad.

Su teoría pide a las enfermeras que vayan más allá de los procedimientos, tareas y técnicas utilizados en la práctica, acuñados como el «estado» de la enfermería, en contraposición a la «esencia» de la enfermería, lo que significa que los aspectos de la relación enfermera-paciente se traducen en un resultado terapéutico incluido en el proceso de cuidado transpersonal. Utilizando los 10 factores de cuidado originales y evolucionados, la enfermera presta cuidados a varios pacientes. Cada factor de cuidado y, más recientemente, los procesos *caritas* clínicos, describen el proceso de cuidado de cómo el paciente alcanza o mantiene la salud o muere en paz.

Con la evolución de la obra de Watson, ha aumentado su atención por el proceso de cuidado humano y los aspectos transpersonales de cuidado-curación en una relación de cuidado transpersonal. La evolución del trabajo de Watson continúa dejando explícito que los seres humanos no pueden ser tratados como objetos y no pueden ser separados del yo, de los otros, de la naturaleza y del universo, más extenso. Incorpora tanto arte como ciencia, ya que ambos se redefinen, reconociendo una convergencia entre los dos.

2.7.2. Personalidad (ser humano)

Watson utiliza indistintamente los términos ser humano, persona, vida, personalidad y yo. Considera a la persona como «una unidad de mente/cuerpo/espíritu/naturaleza» y describe que la «personalidad va unida a las

ideas de que el alma posee un cuerpo que no está confinado por el tiempo y el espacio objetivos...». Watson afirma: «Propongo utilizar la mente, el cuerpo, el alma o la unidad en una visión del mundo emergente en evolución-conexión de todo, conocida a veces como paradigma unitario transformador-holográfico del pensamiento. A menudo se considera dual porque utilizo las tres palabras “mente, cuerpo, alma”. Intencionadamente hago connotaciones y dejo explícito espíritu/metafísico - silente en otros modelos»

2.7.3. Salud

Originalmente, la definición de Watson de salud derivaba de la Organización Mundial de la Salud: «El estado positivo del bienestar físico, mental y social, con la inclusión de tres elementos: un alto nivel de funcionamiento global físico, mental y social; un nivel general de adaptación-mantenimiento del funcionamiento diario, y la ausencia de enfermedad ». Posteriormente definió salud como «unidad y armonía en la mente, el cuerpo y el alma»; se asocia con el «grado de congruencia entre el yo percibido y el yo experimentado». Watson afirmó además: «Dolencia no es necesariamente enfermedad; es una confusión o desarmonía subjetiva en el yo interior o el alma de una persona en cierto nivel de desarmonía en las esferas de la persona, por ejemplo, en la mente, el cuerpo y el alma, de forma consciente o inconsciente» .

2.7.4. Entorno

Watson habla del papel de la enfermera en el entorno como «atender los entornos de apoyo, protector y/o correctivo mental, físico, social y espiritual». En trabajos posteriores, describe que «los espacios de curación pueden usarse para ayudar a otros a superar la enfermedad, el dolor y el sufrimiento», y hace hincapié en que el entorno y la persona están conectados: «Cuando la enfermera entra en la habitación del paciente, se crea un campo magnético de expectativa». También tiene una visión amplia del entorno: «La ciencia del cuidado no es sólo para

mantener la humanidad, sino que también es para mantener el planeta... Pertener a un mundo espiritual infinito de naturaleza y todas las cosas vivas; es el nexo fundamental entre humanidad y la propia vida, en el tiempo y el espacio, fronteras y nacionalidades». (Marriner y Col 2011)

C. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

1. ESTRESORES LABORALES

Son distintas situaciones potencialmente causantes de estrés laboral en el colectivo de enfermería a nivel hospitalario, utilizando el cuestionario "The Nursing Stress Scale" (NSS); Relacionados a:

1.1. El ambiente físico

No tener ocasión para compartir experiencias y sentimientos con otros compañeros, pasar temporalmente a otros servicios con falta de personal, realizar demasiadas tareas que no son de enfermería, no tener tiempo suficiente para dar apoyo emocional al paciente, no tener tiempo suficiente para realizar todas mis tareas de enfermería y falta de personal para cubrir adecuadamente el servicio. Considerándose:

- Nunca: 0 puntos.
- Alguna vez: 1 punto.
- Frecuentemente: 2 puntos.
- Muy frecuentemente: 3 puntos.

1.2. El ambiente psicológico

Muerte y sufrimiento de los pacientes, preparación inadecuada para afrontar las necesidades emocionales de los pacientes y sus familias, falta

de apoyo persona, incertidumbre relativa a los tratamientos.
Considerándose:

- Nunca: 0 puntos.
- Alguna vez: 1 punto.
- Frecuentemente: 2 puntos.
- Muy frecuentemente: 3 puntos.

1.3. El ambiente social

Conflictos con los médicos, conflictos con otros enfermeros y supervisores.
Considerándose:

- Nunca: 0 puntos.
- Alguna vez: 1 punto.
- Frecuentemente: 2 puntos.
- Muy frecuentemente: 3 puntos.

Valorada en Escala Ordinal en los siguientes niveles:

- Excesivo puntaje de 69 – 102.
- Mediano puntaje de 35 – 68.
- Escaso: puntaje de 00 – 34.

2. PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA DE CUIDADO HUMANIZADO

Es la evaluación que efectúa la enfermera sobre su capacidad o competencia para realizar un cuidado humanizado, utilizando el cuestionario Caring Efficacy Scale (CES). Considerándose:

- Muy de acuerdo: 5 puntos.

- De acuerdo: 4 puntos.
- Ni de acuerdo ni desacuerdo: 3 puntos.
- En desacuerdo: 2 puntos.
- Muy en desacuerdo: 1 punto.

Valorada en Escala Ordinal en los siguientes niveles:

- 30-69 autoeficacia percibida baja para otorgar cuidados humanos.
- 70-109 autoeficacia percibida media para otorgar cuidados humanos.
- 110-150 autoeficacia percibida alta para otorgar cuidados humanos.

3. EDAD

Es el tiempo de vida en años cumplidos. Variable cuantitativa medida en escala ordinal, considerándose:

- 25 – 34 años.
- 35 – 44 años.
- 45 – 55 años.
- 55 a más años.

4. SEXO

Es el conjunto de características físicas que diferencian a los seres humanos como varones o mujeres. Variable medida en escala nominal.

- Hombre.
- Mujer.

5. CONDICIÓN LABORAL

Situación o régimen de trabajo. Variable medida en escala nominal:

- Contratado.
- Nombrado.

6. TIEMPO DE SERVICIO

Se refiere a los meses o años laborados en el servicio de emergencia del hospital III Yanahuara como enfermero(a). Variable medida en escala ordinal:

- De 1-5 años.
- De 6-10 años.
- De 11-15 años.
- De 16 años a más.

D. ALCANCES Y LIMITACIONES

1. ALCANCES

Los resultados obtenidos en la investigación podrán ser generalizados en otras poblaciones que tengan características similares a la estudiada.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

A. MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es cuantitativa, de tipo descriptivo; de diseño correlacional y de corte transversal.

PROCEDIMIENTO

1. La presente investigación se realizó en el servicio de Emergencia del hospital III Yanahuara - EsSalud.
2. Se aplicó la prueba piloto al 10% de la población en el Servicio de emergencia del Hospital III Regional Honorio Delgado.

3. La ejecución de la investigación se realizó durante el mes de julio del año 2016.
4. Se explicó a las(os) enfermeras(os) sobre la investigación, se entregó el consentimiento informado y se reiteró la libertad de su participación en el estudio.
5. Posterior a la aceptación voluntaria de su participación se les entregó y explicó la forma de llenado de los siguientes instrumentos: guía de entrevista, formulario de estresores laborales de enfermería y formulario Caring Efficacy Scale.
6. El procesamiento estadístico de los datos se realizó en base a pruebas estadísticas.
7. El análisis de los datos se realizó con el software SPSS (base de datos y estadística). Para el análisis de resultados se utilizó el estadístico no paramétrico de chi cuadrado.

B. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

La presente investigación se realizó en el Servicio de emergencia del Hospital III Yanahuara - Essalud cuya entrada principal se encuentra en la calle Garaicoechea del distrito de Yanahuara, actualmente cuenta con un consultorio de triaje, cuatro consultorios de medicina un consultorio de traumatología, un consultorio de cirugía, un consultorio de ginecología, y tres consultorios de pediatría. Además de ello cuenta con el área de observación adultos para 30 pacientes y otra área para observación pediátrica para 12 pacientes, el área de shock trauma para 3 pacientes críticos, un tópico de enfermería de medicina, un tópico de enfermería para cirugía-ginecología-traumatología y un tópico de enfermería de pediatría, áreas de laboratorio, rayos X, ecografía y 2 ambulancias para traslado de pacientes.

En cuanto al personal de enfermería se cuenta con una enfermera coordinadora que hace labores administrativas durante la mañana y 9 enfermeros asistenciales durante cada turno los cuales se distribuyen de la siguiente manera 2 enfermeros en tópico de medicina 1 enfermero en tópico de cirugía-ginecología-traumatología, 1 enfermero para tópico de pediatría , 3 enfermeros para el área de observación adultos, 1 enfermero par observación pediátrica y 1 enfermero para shock trauma; los turnos que realizan son rotativos (días y noches) la atención en cada una de estas áreas es las 24 horas.

C. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población del presente estudio estuvo constituida por 45 enfermeras(os) del servicio de emergencia del hospital III Yanahuara de los cuales 44 fueron elegidos conforme a criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Enfermeras(os) que laboren en el servicio de emergencia de hospital III Yanahuara, EsSalud.
- Enfermeras(os) que laboren más de 1 año en el servicio de emergencia.

Criterios de exclusión

- Enfermeras en situación de remplazo o suplencia.

D. MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de los datos se utilizó como método la encuesta, como técnica el cuestionario y como instrumentos los formularios: Ficha Individual, Nursing Stress Scale, Caring Efficacy Scale

1. GUÍA DE ENTREVISTA (ANEXO 02)

“Ficha Individual”, elaborada por las investigadoras que consigna las características sociodemográficas de la población, considera las siguientes características: Edad, sexo, estado civil, condición laboral y tiempo de servicio.

2. FORMULARIO Nº 01 (ANEXO 03)

Estresores Laborales de Enfermería (*“Nursing Stress Scale” de Pamela Gray y Anderson año 2002*)

La escala consta de 34 ítems que describen distintas situaciones potencialmente causantes de estrés laboral en el colectivo de enfermería a nivel hospitalario. Estos ítems han sido agrupados en siete (07) factores; uno (01) de ellos relacionado con el ambiente físico (carga de trabajo), cuatro (04) con el ambiente psicológico (muerte y sufrimiento, preparación insuficiente, falta de apoyo e incertidumbre en el tratamiento) y dos (02) relacionados con el ambiente social en el hospital (problemas con los médicos y problemas con otros miembros del equipo de enfermería). La validez se determinó mediante el juicio de experto. La realización de la prueba piloto arrojó un alfa de Cronbach de 0.90 para el cuestionario de estrés laboral.

Presenta opciones de respuesta y puntuación como sigue: Nunca: 0 puntos, alguna vez: 1 punto, frecuentemente: 2 puntos y muy frecuentemente: 3 puntos.

Siendo la interpretación:

- De 69-102 puntos Estresores Laborales Excesivos
- De 35-68 puntos Estresores Laborales Medianos
- De 00-34 puntos Estresores Laborales Escasos

3. FORMULARIO N° 02 (ANEXO 04)

“Caring Efficacy Scale” instrumento para medir la percepción de autoeficacia del cuidado humanizado, con un total de 30 preguntas. Fue desarrollado por Crolle Coates en la Universidad de Colorado-Estados Unidos 1992, con el objetivo de evaluar la percepción de autoeficacia que tiene la enfermera o enfermero para otorgar cuidados. Fue validado en Chile por Margarita del Carmen Poblete Troncoso, Sandra Verónica Valenzuela Suazo, José Manuel Merino. La confiabilidad del instrumento de Caring Efficacy Scale tuvo un Alfa de Cronbach de 0,76 en Chile-2011.

Presenta opciones de respuesta y puntuación como sigue: Muy de acuerdo (MA): 5 puntos, de acuerdo (D): 4puntos, ni de acuerdo ni desacuerdo (DD): 3 puntos, en desacuerdo (ED): 2puntos, muy en desacuerdo (MD): 1 punto.

Siendo la Interpretación:

- 30-69 autoeficacia percibida baja para otorgar cuidados humanos.
- 70-109 autoeficacia percibida media para otorgar cuidados humanos.
- 110-150 autoeficacia percibida alta para otorgar cuidados humanos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

A. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente capítulo se presentan los resultados de la investigación ordenados de la siguiente manera:

1. Tabla N° 1: Caracterización de la población de estudio.
2. Tabla N° 2 a N° 11: Descripción de las variables.
3. Tabla N° 12: Comprobación de la hipótesis.

TABLA Nº 1

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN POR EDAD, SEXO, CONDICIÓN LABORAL Y TIEMPO DE SERVICIO, SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD, 2016

CARACTERÍSTICAS	Nº	%
EDAD		
25 a 34 años	6	13.6
35 a 44 años	13	29.5
45 a 54 años	17	38.6
55 a más	8	18.2
TOTAL	44	100.0
SEXO		
Mujer	41	93.2
Hombre	3	6.8
TOTAL	44	100.0
CONDICIÓN LABORAL		
Contratado	29	65.9
Nombrado	15	34.1
TOTAL	44	100.0
TIEMPO DE SERVICIO		
1 a 5 años	8	18.2
6 a 10 años	7	15.9
11 a 15 años	7	15.9
16 a más	22	50.0
TOTAL	44	100.0

Fuente: Elaboración propia.

Se observa que el 38.6% de enfermeras(os) encuestados están comprendidos entre las edades de 45 a 54 años, y solo el 13.6% comprenden las edades de 25 a 34 años, siendo este grupo etario el de menor porcentaje.

En relación al sexo, se observa que el 93.2% de enfermeras(os) son mujeres.

Respecto a la condición laboral, la mayoría son contratadas(os) (65.9%). Y por último, sobre el tiempo de servicio, el 50% ha laborado de 16 a más años.

TABLA N° 2

**DISTRIBUCIÓN DE ENFERMERAS(OS) POR ESTRESORES
LABORALES, SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL III
YANAHUARA ESSALUD, 2016**

ESTRESORES LABORALES	N°	%
Escaso	21	47.7
Mediano	15	34.1
Excesivo	8	18.2
TOTAL	44	100.0

Fuente: Elaboración propia.

Se observa que el 47.7% de enfermeras(os) presentó estresores laborales escasos y solo el 18.2% presento estresores laborales excesivos.

Numerosos estudios señalan que el personal de enfermería hospitalario está sometido a un gran número de estresores en su trabajo. Estos resultados son contrastables con los hallados por Cárdbaba (2013) donde el 64.29% de la población en estudio presentaron un nivel medio de estrés, el 21.43% un nivel bajo y 14.29% un nivel alto.

TABLA N° 3

**DISTRIBUCIÓN DE ENFERMERAS(OS) POR AUTOEFICACIA DEL
CUIDADO HUMANIZADO, SERVICIO DE EMERGENCIA,
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD, 2016**

AUTOEFICACIA DEL CUIDADO HUMANIZADO	N°	%
Baja	9	20.5
Media	35	79.5
Alta	0	0.0
TOTAL	44	100.0

Fuente: Elaboración propia.

Se observa que el 79.5% evidenció una percepción de autoeficacia del cuidado humanizado considerado como media y ningún miembro de la población en estudio llegó a tener alta percepción autoeficacia del cuidado humanizado.

Resultados similares a los de Linares, C (2016) En la unidad de cuidados intensivos donde se observa que el 48.6% muestran autoeficacia en el nivel medio, y solo el 20.0% tienen baja autoeficacia.

TABLA N° 4

**ESTRESORES LABORALES POR EDAD, SERVICIO DE EMERGENCIA,
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD, 2016**

EDAD	ESTRESORES LABORALES						Total	
	Escaso		Mediano		Excesivo		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
25 a 34 años	2	33.3	2	33.3	2	33.3	6	100.0
35 a 44 años	5	38.5	6	46.2	2	15.4	13	100.0
45 a 54 años	9	52.9	5	29.4	3	17.6	17	100.0
55 a más	5	62.5	2	25.0	1	12.5	8	100.0
TOTAL	21	47.7	15	34.1	8	18.2	44	100.0

Fuente: Elaboración propia.

P = 0.837 (P ≥ 0.05) N.S.

Se observa que las enfermeras(os) de edades comprendidas entre 25 a 34 años presentaron estresores laborales distribuidos equitativamente en los tres niveles; las de 35 a 44 años presentaron un nivel mediano (46.2%), las de 45 a 54 años y las de 55 a más estuvieron en un nivel escaso (52.9%) (62.5%).

Según la aplicación del chi cuadrado, no hay diferencias significativas, por lo tanto, no hay relación entre la edad y los estresores laborales.

Sin embargo, estos resultados son distintos a los hallados en el estudio de Cárdbaba (2013) donde el perfil del profesional con mayor estrés es: enfermera con edad entre 46 a 54 años. Demostrando que a mayor edad mayor estrés.

TABLA N° 5

**ESTRESORES LABORALES POR SEXO, SERVICIO DE EMERGENCIA,
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD, 2016**

SEXO	ESTRESORES LABORALES						Total	
	Escaso		Mediano		Excesivo		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Femenino	20	48.8	13	31.7	8	19.5	41	100.0
Masculino	1	33.3	2	66.7	0	0.0	3	100.0
TOTAL	21	47.7	15	34.1	8	18.2	44	100.0

Fuente: Elaboración propia.

$P = 0.422$ ($P \geq 0.05$) N.S.

Según la tabla, el 48.8% del personal de enfermería de sexo femenino tiene estresores laborales escasos, frente a un 66.7% del personal de enfermería de sexo masculino que maneja estresores laborales medianos.

Según la aplicación del chi cuadrado no hay relación significativa entre estresores laborales y sexo.

TABLA N° 6

ESTRESORES LABORALES POR CONDICIÓN LABORAL, SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD, 2016

CONDICIÓN LABORAL	ESTRESORES LABORALES						Total	
	Escaso		Mediano		Excesivo		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Contratado	15	51.7	10	34.5	4	13.8	29	100.0
Nombrado	6	40.0	5	33.3	4	26.7	15	100.0
TOTAL	21	47.7	15	34.1	8	18.2	44	100.0

Fuente: Elaboración propia.

$P = 0.552 (P \geq 0.05) \text{ N.S.}$

Según la tabla se aprecia que el 51.7% del personal contratado y el 40% del personal nombrado, tienen estresores laborales escasos.

De acuerdo a la prueba estadística, no hay relación significativa entre condición laboral y estresores laborales

TABLA N° 7

ESTRESORES LABORALES POR TIEMPO DE SERVICIO, SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD, 2016

TIEMPO DE SERVICIO	ESTRESORES LABORALES						Total	
	Escaso		Mediano		Excesivo		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
1 a 5 años	2	25.0	5	62.5	1	12.5	8	100.0
6 a 10 años	3	42.9	2	28.6	2	28.6	7	100.0
11 a 15 años	3	42.9	2	28.6	2	28.6	7	100.0
16 a más	13	59.1	6	27.3	3	13.6	22	100.0
TOTAL	21	47.7	15	34.1	8	18.2	44	100.0

Fuente: Elaboración propia.

P = 0.036 (P < 0.05) S.S.

De acuerdo a la tabla se aprecia que el 62.5% de las(os) enfermeras(os) que laboran de 1 a 5 años presentan estresores laborales medianos, mientras que el personal con 6 a 10 años de servicio, de 11 a 15 años y de 16 a más años presentan estresores laborales escasos

Según la prueba estadística, existe relación significativa entre el tiempo de servicio y estresores laborales.

Similar resultado encontró Cárdbaba (2013) en su estudio factores desencadenantes de estrés, donde reporta que el profesional con mayor estrés tiene un tiempo de servicio en urgencias de 6 a 10 años.

TABLA N° 8

**PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA DEL CUIDADO HUMANIZADO POR
EDAD, SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL III YANAHUARA
ESSALUD, 2016**

EDAD	AUTOEFICACIA CUIDADO HUMANIZADO				Total	
	Baja		Media		N°	%
	N°	%	N°	%		
25 a 34 años	1	16.7	5	83.3	6	100.0
35 a 44 años	3	23.1	10	76.9	13	100.0
45 a 54 años	4	23.5	13	76.5	17	100.0
55 a más	1	12.5	7	87.5	8	100.0
TOTAL	9	20.5	35	79.5	44	100.0

Fuente: Elaboración propia.

$P = 0.915$ ($P \geq 0.05$) N.S.

De la tabla presentada se entiende que el personal de enfermería que labora en emergencia tiene una percepción de autoeficacia del cuidado humanizado ubicado en el nivel medio independientemente de su edad.

La prueba estadística indica que no existe relación significativa entre la edad y percepción de autoeficacia del cuidado humanizado.

TABLA N° 9

PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA DEL CUIDADO HUMANIZADO POR SEXO, SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD, 2016

SEXO	AUTOEFICACIA CUIDADO HUMANIZADO				Total	
	Baja		Media		N°	%
	N°	%	N°	%		
Femenino	9	22.0	32	78.0	41	100.0
Masculino	0	0.0	3	100.0	3	100.0
TOTAL	9	20.5	35	79.5	44	100.0

Fuente: Elaboración propia.

$P = 0.494 (P \geq 0.05) \text{ N.S.}$

De la tabla se deduce que, el 100% de profesionales del sexo masculino y el 78.0% del femenino presentan percepción de autoeficacia del cuidado humanizado correspondiente a un nivel medio.

La prueba estadística indica que no hay relación significativa entre el sexo y percepción autoeficacia del cuidado humanizado

TABLA N° 10

**PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA DEL CUIDADO HUMANIZADO POR
CONDICIÓN LABORAL, SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL III
YANAHUARA ESSALUD, 2016**

CONDICIÓN LABORAL	AUTOEFICACIA CUIDADO HUMANIZADO				Total	
	Baja		Media		N°	%
	N°	%	N°	%		
Contratado	5	17.2	24	82.8	29	100.0
Nombrado	4	26.7	11	73.3	15	100.0
TOTAL	9	20.5	35	79.5	44	100.0

Fuente: Elaboración propia.

$P = 0.359$ ($P \geq 0.05$) N.S.

Según la tabla, el 82.8% del personal contratado y el 73.3% de los nombrados presentan una percepción de autoeficacia del cuidado humanizado ubicado en un nivel medio.

De acuerdo a la prueba estadística no hay relación significativa entre condición laboral y percepción de autoeficacia del cuidado humanizado.

Similar resultado encontró Poblete (2009) Concluyendo que la percepción de autoeficacia humanizada respecto al cuidado es independiente del ámbito institucional o las condiciones en que trabajan las enfermeras.

TABLA N° 11

**PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA DEL CUIDADO HUMANIZADO POR
TIEMPO DE SERVICIO, SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL III
YANAHUARA ESSALUD, 2016**

TIEMPO DE SERVICIO	AUTOEFICACIA CUIDADO HUMANIZADO				Total	
	Baja		Media		N°	%
	N°	%	N°	%		
1 a 5 años	1	12.5	7	87.5	8	100.0
6 a 10 años	2	28.6	5	71.4	7	100.0
11 a 15 años	2	28.6	5	71.4	7	100.0
16 a más	4	18.2	18	81.8	22	100.0
TOTAL	9	20.5	35	79.5	44	100.0

Fuente: Elaboración propia.

$P = 0.814$ ($P \geq 0.05$) N.S.

De la tabla se entiende que el personal de enfermería de emergencia con tiempos de servicio distintos, tienen una percepción de autoeficacia del cuidado humanizado ubicada en todos los casos en un nivel medio.

La prueba estadística refiere que no hay relación significativa entre tiempo de servicio y percepción de autoeficacia del cuidado humanizado.

TABLA N° 12

**PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA DEL CUIDADO HUMANIZADO
SEGÚN ESTRESORES LABORALES, SERVICIO DE EMERGENCIA,
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD, 2016**

ESTRESORES LABORALES	AUTOEFICACIA CUIDADO HUMANIZADO				Total	
	Baja		Media		N°	%
	N°	%	N°	%		
Escaso	1	4.8	20	95.2	21	100.0
Mediano	2	13.3	13	86.7	15	100.0
Excesivo	6	75.0	2	25.0	8	100.0
TOTAL	9	20.5	35	79.5	44	100.0

Fuente: Elaboración propia.

$P = 0.000$ ($P < 0.05$) S.S.

En la presenta tabla se observa que el 95.2% del personal que tiene estresores laborales escasos, maneja una percepción de autoeficacia del cuidado humanizado considerado como medio, así mismo, el 86.7% del personal de enfermería que tiene estresores laborales medianos tiene percepción de autoeficacia del cuidado humanizado clasificado como medio y, finalmente, el 75% de enfermeras(os) que tienen estresores laborales excesivos manifiestan percepción de autoeficacia del cuidado humanizado considerado como bajo.

Con la aplicación del estadístico no paramétrico Chi cuadrado, se encontró un nivel estadístico altamente significativo ($P < 0.01$) por lo que se acepta la hipótesis que señala que existe relación entre estresores laborales y percepción de autoeficacia del cuidado humanizado en enfermeras(os), servicio de emergencia, hospital III Yanahuara, EsSalud, 2016.

Por tanto, mientras mayores estresores laborales presenten los profesionales menor autoeficacia del cuidado humanizado evidenciaran, mostrándose así una relación inversa.

Estos resultados son semejantes a los hallados por Díaz y col. (2013), quienes concluyen que: el estrés laboral y el desempeño profesional están relacionados significativamente. Se presentan situaciones causantes de estrés, siendo percibidos por el personal de enfermería y que en consecuencia influyen negativamente en el nivel de desempeño profesional.

CAPÍTULO V

RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. RESUMEN

El presente estudio titulado “Estresores laborales y percepción de autoeficacia del cuidado humanizado en enfermeras(os), servicio de emergencia, hospital III Yanahuara EsSalud, 2016”, tuvo como objetivo establecer la relación entre estresores laborales y la percepción de autoeficacia del cuidado humanizado en enfermeras(os), para tal efecto se realizó un estudio de tipo descriptivo, cuantitativo de corte transversal con diseño correlacional, cuya población estuvo conformada por 44 enfermeras(os) que laboran en el servicio de emergencia de Hospital III Yanahuara, EsSalud.

Para la recolección de datos y ejecución de la investigación se utilizó como método la encuesta, como técnicas el cuestionario y como instrumentos tres formularios: Formulario para recoger datos generales (ficha individual), formulario de Estresores Laborales de Enfermería (Nursing Stress Scale) y formulario de percepción de autoeficacia del cuidado humanizado (Caring Efficacy Scale).

Se procedió al procesamiento de la información obtenida encontrándose que el mayor porcentaje de enfermeras(os) encuestados (38.6%) están comprendidos entre las edades de 45 a 54 años, el 93.2% de enfermeras(os) son mujeres, la mayoría (65.9%) tiene condición laboral de contratado, el 50% de enfermeras(os), que corresponde al mayor porcentaje, llevan un tiempo de servicio de 16 a más años. Así mismo el mayor porcentaje de enfermeras(os) presentó escasos estresores laborales con un 47.7%, también se observa que la gran mayoría de enfermeras(os) (79.5%) evidenció una autoeficacia del cuidado humanizado considerado como media y ningún miembro de la población en estudio llegó a tener una alta autoeficacia del cuidado humanizado.

Con la aplicación del estadístico no paramétrico Chi cuadrado, se encontró un nivel estadístico altamente significativo ($P < 0.01$) por lo que se acepta la hipótesis que señala que existe relación entre estresores laborales y percepción de autoeficacia del cuidado humanizado en enfermeras(os), servicio de emergencia, hospital III Yanahuara, EsSalud, 2016.

B. CONCLUSIONES

PRIMERA: La población estuvo conformada por 44 enfermeras(os) que laboran en el servicio de emergencia de hospital III Yanahuara, EsSalud que cumplieron con los criterios de inclusión, de los cuales la mayoría (38.6%), tienen edades que oscilan entre 45 a 54 años, el 93.2% de enfermeras(os) son mujeres, la mayoría (65.9%) tiene condición laboral de contratado, el 50 % de enfermeras(os), que corresponde al mayor porcentaje, llevan un tiempo de servicio de 16 a más años.

SEGUNDA: De la variable estresores laborales, el mayor porcentaje de enfermeras(os) presentó escasos estresores laborales con un 47.7%

TERCERA: De la variable percepción de autoeficacia del cuidado humanizado, el 79.5% de enfermeras(os) evidenció una percepción de autoeficacia del cuidado humanizado considerado como media y ningún miembro de la población en estudio llegó a tener una percepción de autoeficacia del cuidado humanizado alta.

CUARTA: Existe relación entre estresores laborales y percepción de la autoeficacia del cuidado humanizado

C. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que se notifique los estados de estrés de los profesionales de enfermería de emergencia a salud ocupacional o a quien haga las veces, para que se encargue de la atención de los trabajadores.
2. El cuidado humanizado es el pilar de enfermería, por lo cual se debe tener en auge el paradigma de transformación y en cada jornada de trabajo aplicar algún modelo o teoría de enfermería. Se recomienda entonces que, cada servicio de enfermería específicamente en emergencia se genere un protocolo de cuidado basado en determinadas teóricas de Enfermería, con el fin de tener la meta en común y también el camino a seguir.
3. Promover reuniones informativas con el personal de enfermería del servicio de emergencia a fin de dar a conocer los resultados de la investigación y diseñar estrategias preventivas y de tratamiento tales como reuniones de intercambio de ideas, opiniones, capacitación periódica, evaluación psicológica, actividades de esparcimiento; para finalmente mejorar la salud laboral y la calidad del cuidado humanizado.
4. Realizar otras investigaciones para identificar a los principales estresores laborales que están relacionados con la percepción de autoeficacia del cuidado humanizado, en enfermeras(os).

BIBLIOGRAFÍA

- CANALES, F. (1999) "Metodología de la investigación". Segunda edición. Editorial Paltex. México.
- FREYRE, E. (1997). "La salud del adolescente: Aspectos médicos y psicosociales". Segunda edición. Editorial UNSA.
- GISBERT, T (2003). "Medicina legal y toxicológica". Quinta edición. Editorial Masson, S.A. España.
- HERNÁNDEZ, R y et al. "metodología de la investigación". Cuarta edición. Editorial Interamericana Mac Graw Hill. México.
- MAGDALENO, M y et al. (1995). "Salud del adolescente y del joven" Washington D.C.OP.S.
- PERALTA R, Y col. "Investigación científica" recopilación bibliográfica. Hemeroteca de la facultad de enfermería de la Universidad Nacional De San Agustín 2006.
- MARRINER, A y et al. (2007) "Modelos y teorías en enfermería", Quinta Edición. Editorial Elsevier. Madrid España.
- POLIT, D y et al. (1997). "Investigación científica en ciencias de la salud". Quinta edición. Editorial Interamericana Mac Graw Hill. México.
- SÁNCHEZ, F. y Col "Psicología Social". Madrid: McGraw-Hill. 1998.
- TAMAYO M., "El proceso de la investigación científica", México d. F. Editorial Limusa 4ta edición 1996.
- OCÉANO (2002) "Psicología del niño y del adolescente". Océano Grupo editorial S.A. España.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez. A y Cols. (Madrid, 2010). Unidad de Urgencia Hospitalaria; estándares y recomendaciones. Ministerio de sanidad y política social. Disponible en:
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>
- Arana B. y col. (México, 2009) Cuidados de la salud: Paradigma del personal de enfermeros en México - la reconstrucción del camino. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a08.pdf>
- Arévalo R (Ecuador, 2012) El estrés laboral en el personal de enfermería del hospital IESS Loja. Disponible en:
<http://es.slideshare.net/ROSAMARIAAREVALOGONZ/estres-laboral-37639482>
- Avilés. M y Cols. (España, 2008) Desgaste emocional del personal de enfermería en el servicio de urgencia. Ciber revista internet. Disponible en:
http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA_EPOCA/2008/marzo/desgasteemocional.htm
- Barragán B. (Murcia, 2013). Calidad percibida por usuarios de enfermería en tres hospitales públicos disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100011
- Batista J. y Col. (Minas Gerais, 2012) En su estudio el cuidado humanizado en la percepción de las enfermeras Disponible en:
<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/3272>

- Bonfill, E y Cols. (España, 2010) Estrés en los cuidados una mirada desde el modelo de Roy Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3607329>
- Cabarcas. I y Col (Cartagena, 2009). Satisfacción del paciente hospitalizado con la atención de Enfermería en una institución de salud de la ciudad de Cartagena, Actualizaciones en Enfermería. Colombia. Disponible en <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-121/satisfacciondelpacientehospitalizado/>
- Córdava V. (Asturias, 2013) Factores desencadenantes de estrés en el servicio de urgencias en el hospital universitario central de Asturias. 4disponible en:
http://dspace.sheol.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/17710/6/TFM_Vanessa%20Cardaba%20Garcia.pdf
- Campanario R. (Sevilla, 2011).Situaciones estresantes para el personal de enfermería. Hospital Universitario Virgen del Rocío”. Disponible en:
<http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/enero2011/pagina4.html>
- Compañía Peruana de Estudios de Mercados y Opinión Pública CPI (Lima 2015) disponible en: <http://rpp.pe/peru/actualidad/el-58-de-los-peruanos-sufre-de-estres-noticia-764777>
- Coronado C. (Lima,2006) Factores Laborales y Niveles de estrés laboral en Enfermeros de los Servicios de Áreas Críticas y Medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1011/1/Coronado_II.pdf
- Cremades. J y Cols (Murcia, 2011), identificación de factores de estrés laboral den profesionales de enfermería disponible en:
<http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/41060>

- Diario Correo. (Arequipa 2015). disponible en:
<http://diariocorreo.pe/edicion/arequipa/arequipa-casos-de-estres-copan-consultas-en-essalud-624257/>
- Díaz. I. y Cols (Tarapoto, 2013) Estrés laboral y su relación con el desempeño profesional en el personal de enfermería del Hospital II-2 Tarapoto. Disponible en:
http://tesis.unsm.edu.pe/jspui/bitstream/11458/517/1/Ivonne%20del%20Pilar%20D%C3%ADaz%20Re%C3%A1tegui_Karin%20Issenia%20Gavaria%20Torres.pdf
- Enamorado. J y Cols (Honduras, 2006) Identificación de Estresores Influyentes en pacientes del Hospital Escuela, periodo de abril-mayo 2004. Disponible en:
<http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2005/pdf/RFCMVol2-1-2005-9.pdf>
- García. D y Cols. (Orense, 2001) Identificación de estresores por enfermeras de atención especializada. Revista enferme clin. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2892615>
- González y col. (Bogotá, 2009) Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención. Disponible en:
<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis05>
- Guzmán (Chiclayo, 2011). el cuidado humano en la formación del estudiante de enfermería según la teoría de Jean Watson. Disponible en:
http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/217/1/TM_Guzm%C3%A1n_Tello_SocorroMartina.pdf

- Hall J. (1999). La calidad de las relaciones interpersonales relacionado al estrés. Disponible en:
http://tesis.unsm.edu.pe/jspui/bitstream/11458/517/1/Ivonne%20del%20Pilar%20D%C3%ADaz%20Re%C3%A1tegui_Karin%20Issenia%20Gavaria%20Torres.pdf
- Hernández (La Habana, 2010) La percepción del cuidado en profesionales de enfermería. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000100007
- Instituto de trabajo, salud y organizaciones (2004) La organización del trabajo y estrés. Disponible en:
http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf?ua=1
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España-1997. Disponible en:
<http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/FONDO%20HISTORICO/DOCUMENTOS%20DIVULGATIVOS/DocDivulgativos/Fichero%20pdf/Estres%20laboral.pdf>
- Juárez y col (Córdoba, 2009) Cuidados humanizados que brindan las enfermeras a los pacientes en el Servicio de Unidad de Terapia Intensiva. Disponible en:
http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/juarez_claudia_noemi.pdf
- Junta de castilla y León - Consejería de Administración Autonómica. (España, 2008) Guía de Estrés Laboral. Disponible en:
<https://es.scribd.com/document/138785580/Guia-del-estres-laboral>
- Landman C (Quillota, 2014) Percepción del equipo de enfermería frente a los cuidados paliativos oncológicos: estudio fenomenológico. Disponible en:

<http://ojs.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/articloe/view/564/563>

- Leyva, (Arequipa, 2014) Diario la Republica disponible en:
<http://larepublica.pe/25-04-2014/70-de-trabajadores-sufre-estres-laboral>
- Linares (Arequipa, 2016) Calidad del cuidado de la enfermera y la percepción de las personas hospitalizadas en el servicio de uci-UCIM HNCASE Essalud, Arequipa 2015
- Mamani A y Col (Perú, 2007) Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño labor en emergencia revista peruana de obstetricia y enfermería disponible en:
http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S181677132007000100007&script=sci_arttext
- Marchena y Col. (Trujillo, 2013) estrés psicológico en enfermeras de la unidad de cuidados intensivos en hospitales de nivel III. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/265>.
- Martínez L. y col (México, 2011). El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2011/eim112h.pdf>.
- Miranda B. (Caracas, 2008). estrés laboral en el personal que labora en el servicio de bioanálisis del hospital “Dr. Domingo Luciani” Disponible en:
<http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAR3698.pdf>
- Marriner A. Y Col (España, 2011) Modelos y teorías en enfermería. Séptima edición

- Olivera K y Cols (Brasil, 2008) La percepción de enfermeros sobre el cuidado de pacientes con problemas físicos que interfieren en la autoimagen: un abordaje fenomenológico. Disponible en:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/es_12.pdf
- Olivari C. y Col (Chile 2007) Autoeficacia y conductas de salud. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000100002.
- Omaña E. y Cols. (1995). Los eventos estresores relativos al ambiente de trabajo. Disponible en:
http://tesis.unsm.edu.pe/jspui/bitstream/11458/517/1/lvonne%20del%20Pilar%20D%C3%ADaz%20Re%C3%A1tegui_Karin%20Issenia%20Gavaria%20Torres.pdf
- Oramas A (Cuba 2013) Estrés laboral y síndrome de burnout en docentes cubanos de enseñanza primaria. Disponible en:
http://tesis.repo.sld.cu/680/1/Tesis_-_ARLENE_ORAMAS_VIERA.pdf
- Organización Internacional del Trabajo-OIT (Ginebra, 2016). Estrés en el trabajo: Un reto colectivo. Servicio de Administración del Trabajo, Inspección del Trabajo y Seguridad y Salud en el Trabajo - LABADMIN/OSH. Disponible en:
http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/genericdocument/wcms_475146.pdf
- Organización Mundial de la Salud-OMS (1984) Definición de estrés. Disponible en:
http://www.who.int/occupational_health/publications/stress/es/
- Ortega M. (2015). Estrés laboral causa el 70% del ausentismo y golpea la productividad Disponible en:
<http://www.ambito.com/diario/noticia.asp?id=804562>

- Tomas. J y Cols. (2002) estrés laboral en los profesionales de enfermería (V 45) Disponible en:
<http://www.enfermeria21.com/publicaciones/metas/archivo>
- Poblete M (Chile, 2009). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Disponible en:
<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>
- Poblete M. (Chile, 2009). Cuidado humanizado: Percepción de autoeficacia en enfermeras académicas y asistenciales. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/98823114/Tesis-Cuidado-Humanizado-Percepcion-de-Autoeficacia>
- Sutherland, V. y Col. 1990. Understanding stress: A psychological perspective for health professionals. London: Chapman and Hall.
- Real Academia Española, (2015) disponible en:
<http://www.rae.es/obras-academicas/diccionarios/diccionario-de-la-lengua-espanola>
- Rivera y col, (Colombia 2007) Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del country, Disponible en: https://www.u-cursos.cl/medicina/2011/0/ENFENFCO24/1/novedades/r/CUIDADO_HUMANIZADO_DE_ENFERMERIA_VISIBILIZANDO_LA_TEORIA_Y_LA_INVESTIGACION_EN_LA_PRACTICA.pdf
- Rodríguez y cols 2015. 24 horas. El diario sin límites. Disponible en:
<http://www.24-horas.mx/encabeza-mexico-estres-laboral-oit/>
- Sánchez F (2011) Estrés laboral, satisfacción en el trabajo y bienestar psicológico en trabajadores de una industria cerealera”. Disponible en:
<http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC111836.pdf>

- Slipak,(2006) El estrés laboral: una realidad actual México disponible en: file:///C:/Users/PC/Downloads/2330-9038-1-PB.pdf
- Schüller, M y Cols. (2003). Identificación de estresores y estrategias de afrontamiento del personal de enfermería en unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos. Presencia, revista de enfermería de salud mental. Disponible en <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/2014/09/l-accesit-2003.pdf>
- Stavroula y col. (2004) La organización del trabajo y el estrés. Disponible en:
http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf
- Torrades S. (España, 2007) Estrés y burnout. Definición y prevención. OFFARM. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-estres-burn-out-definicion-prevencion-13112896>
- Valderrama O. V. Cuidado humanizado de Enfermería y nivel de satisfacción de los familiares de usuarios atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital de Barranca. Portalesmedicos.com. [revista en línea]. 16/02/2012. 01. Disponible en:
URL:<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/4062/1/Cuidado-humanizado-de-Enfermeria-y-nivel-de-satisfaccion-de-los-familiares-de-usuarios-atendidos-en-el-Servicio-de-Emergencia>
- Vargas I. (México 1994) Alteridades. Sobre el concepto de percepción. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/747/74711353004.pdf>
- Velásquez A. (2012) Revisión histórico-conceptual del concepto de autoeficacia. disponible en:
<http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/265/8%20REVISI%C3%93N%20HIST%C3%93RICO-CONCEPTUAL%20DEL%20CONCEPTO%20DE%20AUTOEFICACIA.pdf> CHILE

- Velásquez S. y col. (Arequipa, 2008) Bases Conceptuales en Enfermería
- Villalobos J. (1999). Estrés y Trabajo. Disponible en:
http://tesis.unsm.edu.pe/jspui/bitstream/11458/517/1/lvonne%20del%20Pilar%20D%C3%ADaz%20Re%C3%A1tegui_Karin%20Issenia%20Gavaria%20Torres.pdf
- Zambrano, G. (Colombia, 2006) Estresores en las Unidades de cuidados intensivos. Revista Aquichan. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v6n1/v6n1a15.pdf>

ANEXOS

ANEXO N° 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He recibido información suficiente sobre la investigación: Estresores laborales y la percepción de autoeficacia del cuidado en enfermeras(os), servicio de emergencia, Hospital III Yanahuara ESSALUD, 2016, para la cual se pide mi participación y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la misma.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio si lo veo por conveniente; también comprendo que la información que proporcione no repercutirá negativamente en mi persona.

Por lo dicho, *“Acepto libremente participar de la investigación mencionada”*

Para que conste firmo al pie de este documento:

Arequipa,.....de.....del 2016

ANEXO Nº 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA

GUÍA DE ENTREVISTA

A continuación, responda o marque con X de acuerdo a su situación.

I. DATOS GENERALES

1. **Edad :**

2. **Sexo:** Hombre () Mujer ()

3. **Condición Laboral:**

Nombrado (a) ()

Contratado(a) ()

4. **Tiempo de Servicio:**

De 1-5 años ()

De 6-10 años ()

De 11-15 años ()

De 16 años a más ()

ANEXO N° 3

FORMULARIO

ESTRÉSORES LABORALES DE ENFERMERÍA

Marque de acuerdo a la conformidad con cada una de las siguientes afirmaciones. Debe marcar con una X considerando las siguientes respuestas.

Nunca: 0

Alguna vez: 1

Frecuentemente: 2

Muy frecuentemente: 3

ESTRÉS	NUNCA	ALGUN A VEZ	FRECU ENTE MENTE	MUY FRECUEN TE MENTE
1. Interrupciones frecuentes en la realización de sus tareas				
2. Recibir críticas de un médico				
3. Realización de cuidados de enfermería que resultan dolorosos a los pacientes				
4. Sentirse impotente en el caso de un paciente que no mejora				
5. Problemas con un supervisor				
6. Escuchar o hablar con un paciente sobre su muerte cercana				
7. No tener ocasión para hablar abiertamente con otros compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio sobre problemas en el servicio				

8. La muerte de un paciente				
9. Problemas con uno o varios médicos				
10. Miedo a cometer un error en los cuidados de enfermería de un paciente				
11. No tener ocasión para compartir experiencias y sentimientos con otros compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio				
12. Muerte de un paciente con quien has llegado a tener una relación estrecha				
13. El médico no está presente cuando un paciente se está muriendo				
14. Estar en desacuerdo con el tratamiento de un paciente				
15. Sentirse insuficientemente preparado para ayudar emocionalmente a la familia del paciente				
16. No tener ocasión para expresar a otros compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio mis sentimientos negativos hacia los pacientes (Ej.: pacientes conflictivos, hostilidad, etc.)				
17. Recibir información insuficiente del médico acerca del estado clínico de un paciente				

18. No disponer de una contestación satisfactoria a una pregunta hecha por un paciente				
19. Tomar una decisión sobre un paciente cuando el médico no está disponible				
20. Pasar temporalmente a otros servicios con falta de personal				
21. Ver a un paciente sufrir				
22. Dificultad para trabajar con uno o varios compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) de otros servicios				
23. Sentirse insuficientemente preparado para ayudar emocionalmente al paciente				
24. Recibir críticas de un supervisor				
25. Personal y turno imprevisible				
26. El médico prescribe un tratamiento que parece inapropiado para el paciente				
27. Realizar demasiadas tareas que no son de enfermería (Ej.: tareas administrativas)				
28. No tener tiempo suficiente para dar apoyo emocional al paciente				
29. Dificultad para trabajar con uno o varios compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio				

30. No tener tiempo suficiente para realizar todas mis tareas de enfermería				
31. El médico no está presente en una urgencia médica				
32. No saber que se debe decir al paciente o a su familia sobre su estado clínico y tratamiento				
33. No saber bien el manejo y funcionamiento de un equipo especializado				
34. Falta de personal para cubrir adecuadamente el servicio				

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL FORMULARIO ESTRÉSORES LABORALES DE ENFERMERÍA

El cuestionario auto administrado "The Nursing Stress Scale" (NSS), elaborado por Pamela Gray-Toft y James G. Anderson (1981) y validado en la versión castellana por Mas Pous & Escribá (1998).

La escala NSS consta de 34 ítems que describen distintas situaciones potencialmente causantes de estrés laboral en el colectivo de enfermería a nivel hospitalario. Estos ítems han sido agrupados en siete (07) factores; uno (01) de ellos relacionado con el ambiente físico (carga de trabajo), cuatro (04) con el ambiente psicológico (muerte y sufrimiento, preparación insuficiente, falta de apoyo e incertidumbre en el tratamiento) y dos (02) relacionados con el ambiente social en el hospital (problemas con los médicos y problemas con otros miembros del equipo de enfermería). A efecto de este estudio se determinaron niveles de estrés: Excesivo (69-102), mediano (35-68), escaso (00-34).

La validez del instrumento se determinó mediante el juicio de experto. La realización de la prueba piloto arrojó un alfa de Cronbach de 0.90 para el cuestionario de estrés laboral

INSTRUCTIVO DEL FORMULARIO ESTRÉSORES LABORALES DE ENFERMERÍA

El instructivo de estresores laborales en Enfermería describe distintas situaciones potencialmente causantes de estrés laboral en el colectivo de enfermería a nivel hospitalario.

Las puntuaciones de cada ítem son como sigue:

EVALUACIÓN GLOBAL. Escala Ordinal

- Excesivo: puntaje de 69-102
- Mediano: puntaje de 35-68
- Escaso: puntaje de 00- 34

FACTORES:

Relacionados al ambiente físico: (1)

- Carga de trabajo: ítems 11, 20,27,28,30,34

Relacionado al ambiente psicológico: (4)

- Muerte y sufrimiento de los pacientes: ítems 3, 6, 8, 12,21
- Preparación inadecuada para afrontar las necesidades emocionales de los pacientes y sus familias: ítems 10, 15, 18, 23, 32,33
- Falta de apoyo personal: ítems 1, 16,25
- Incertidumbre relativa a los tratamientos: ítems 4, 14, 17,19

Relacionados al ambiente social: (2)

- Conflictos con los médicos: ítems 2, 9, 13, 26,31
- Conflictos con otros enfermeros y supervisores: ítems 5, 7, 22, 24,29

ANEXO N° 4

FORMULARIO: ESCALA LICKERT- CARING EFFICACY SCALE

Después de haber leído atentamente cada ítem elija la respuesta que considere pertinente, debe marcar con una X tomando en cuenta las siguientes respuestas.

Muy de acuerdo MA: 5

De acuerdo D: 4

Ni de acuerdo ni de desacuerdo DD: 3

En desacuerdo ED: 2

Muy en desacuerdo MD: 1

ÍTEMS	MA	D	DD	ED	MD
	5	4	3	2	1
1. No siento confianza en mis habilidades para expresar un sentido de cuidado a mis clientes/pacientes.					
2. Si no me estoy relacionando bien con un cliente/paciente trato de analizar qué puedo hacer para llegar a él/ella.					
3. Me siento cómoda al “tocar” a mis clientes/pacientes cuando proporciono cuidado.					
4. Transmito un sentido de fortaleza personal a mis clientes/pacientes.					
5. Mis clientes/pacientes pueden hablarme de casi cualquier cosa y yo no me sentiré choqueada.					
6. Tengo habilidades para introducir un sentido de normalidad en condiciones estresantes.					
7. Es fácil para mí considerar las múltiples facetas del cuidado de un cliente/paciente, al mismo tiempo que lo escucho.					
8. Tengo dificultades para dejar de lado mis creencias y prejuicios para escuchar y aceptar el					

cliente/paciente 4,58 1,87 0,38 como persona.					
9. Puedo caminar en una habitación con aspecto de serenidad y energía que haga sentir mejor a los clientes/pacientes.					
10. Soy capaz de sintonizar con un cliente/paciente en particular y olvidar mis preocupaciones personales.					
11. Usualmente puedo establecer alguna forma de relacionarme con la mayoría de los pacientes/clientes.					
12. Carezco de confianza en mí habilidad para hablar con pacientes/clientes cuyos orígenes son diferentes al mío.					
13. Siento que si tengo una conversación muy personal con mis pacientes/clientes las cosas pueden perder el control.					
14. Uso lo que aprendo de mis conversaciones con clientes/pacientes para suministrar un cuidado más individualizado.					
15. No me siento con la fortaleza suficiente para escuchar los temores y las preocupaciones de mis clientes/pacientes.					
16. Aun cuando siento confianza en mí misma respecto a la mayor parte de las cosas, todavía soy incapaz de relacionarme con clientes/pacientes.					
17. Creo tener problemas para relacionarme con mis clientes/pacientes.					
18. Usualmente puedo establecer una relación estrecha con mis clientes/pacientes.					
19. Usualmente logro agradecerles a mis clientes/pacientes.					

20. A menudo encuentro difícil transmitir mi punto de vista a los pacientes/clientes cuando lo necesito.					
21. Cuando trato de resolver un conflicto con clientes/pacientes, habitualmente lo hago peor.					
22. Si pienso que un cliente/paciente está incómodo o puede necesitar ayuda, me acerco a esa persona.					
23. Si encuentro difícil el relacionarme con un cliente/paciente, dejo de trabajar con esa persona.					
24. A menudo encuentro difícil relacionarme con clientes/pacientes de culturas diferentes a la mía.					
25. He ayudado a muchos clientes/pacientes a través de mi habilidad para desarrollar relaciones cercanas y significativas.					
26. A menudo encuentro difícil expresar empatía con clientes/pacientes.					
27. A menudo me siento agobiada por la naturaleza de los problemas que los clientes/pacientes están viviendo.					
28. Cuando un paciente/cliente está teniendo dificultades para comunicarse conmigo, soy capaz de adaptarme a su nivel.					
29. Aun cuando realmente trato, no puedo terminar los cuidados con clientes/pacientes difíciles.					
30. No uso formas creativas o poco usuales para expresar cuidados a mis clientes.					

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL FORMULARIO DE CARING EFFICACY SCALE

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

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

INSTRUCTIVO DE ESCALA LICKERT- CARING EFFICACY SCALE

El instructivo de Caring Efficacy Scale, evalúa la eficacia percibida para otorgar cuidado humano.

Las puntuaciones de cada ítem son como sigue:

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

Interpretación:

30-69: autoeficacia percibida baja para otorgar cuidados humanos.

70-109: autoeficacia percibida media para otorgar cuidados humanos.

110-150: autoeficacia percibida alta para otorgar cuidados humanos.