

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Percepción del comportamiento del cuidado humanizado y autoeficacia de los pacientes en
hemodiálisis del Hospital Militar Central de Lima, 2019

Por:

Ruth Ortega Macedo

Asesora:

Dra. Irene Mercedes Zapata Silva

Lima, diciembre de 2019

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL TESIS

Yo, Irene Mercedes Zapata Silva, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente tesis titulada: *“Percepción del comportamiento del cuidado humanizado y autoeficacia de los pacientes en hemodiálisis del Hospital Militar Central, Lima 2019”* constituye la memoria que presenta la licenciada Ruth Ortega Macedo, para aspirar al título de Magister en Enfermería con mención en Administración y Gestión, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo de investigación son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los once días del mes de diciembre de 2019.



Dra. Irene Mercedes Zapata Silva

*Percepción del comportamiento del cuidado humanizado y
autoeficacia de los pacientes en hemodiálisis del Hospital Militar
Central, Lima, 2019*

TESIS


Presentada para optar el Grado Académico de Maestra en Enfermería con
Mención en Administración y Gestión

JURADO DE SUSTENTACIÓN


Dra. Lili Albertina Fernández Molocho
Presidente


Dra. Irene Mercedes Zapata Silva
Asesora


Dra. María Teresa Cabanillas Chávez
Secretaria


Mg. Neal Henry Reyes Gastañadui
Vocal


Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales
Vocal

Lima, 11 de diciembre de 2019

Dedicatoria

A la familia renal.

Agradecimientos

A Dios, porque sin él no hubiera conseguido nada en mi vida y a todos aquellos que me dieron una palabra de aliento para seguir con mi propósito.

Índice

Dedicatoria	iv
Agradecimientos	v
Índice.....	vi
Índice de tablas	ix
Índice de apéndices	x
Resumen.....	xi
Abstrac	xii
Capítulo I	13
El problema.....	13
Planteamiento del problema	13
Formulación del problema.....	18
Problema general	18
Problemas específicos.....	18
Objetivos de la investigación.....	18
Objetivo general.....	18
Objetivos específicos	18
Justificación.....	19
Justificación teórica	19
Justificación práctica y relevancia social.....	20
Justificación metodológica	20
Capítulo II.....	22
Desarrollo de las perspectivas teóricas	22

Antecedentes de la investigación.....	22
Definición conceptual.....	33
Bases teóricas	37
La autoeficacia: relevancia en la respuesta personal, social en salud y enfermedad.....	37
La percepción del comportamiento del cuidado humanizado	43
Modelo teórico.....	51
Capítulo III.....	57
Metodología	57
Descripción del lugar de ejecución.....	57
Población y muestra	58
Población.	58
Muestra.	58
Criterios de inclusión y exclusión.....	58
Tipo y diseño de investigación	58
Formulación de hipótesis.....	59
Hipótesis general	59
Hipótesis específicas.....	59
Identificación de variables.....	59
Operacionalización de variables.....	61
Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	64
Cuestionario.....	64
Proceso de recolección de datos	67
Procesamiento y análisis de datos	67

Consideraciones éticas.....	68
Capítulo IV.....	70
Resultados y discusión.....	70
Resultados descriptivos.....	70
Discusión.....	73
Capítulo V.....	79
Conclusiones y recomendaciones.....	79
Conclusiones.....	79
Recomendaciones.....	79
Referencias.....	81
Apéndices.....	93

Índice de tablas

Tabla 1_Variable 1: Percepción del comportamiento del cuidado humanizado.....	61
Tabla 2_Variable 2: Autoeficacia	63
Tabla 3_Percepción del comportamiento del cuidado humanizado de los pacientes en hemodiálisis del hospital Militar Central, Lima 2019	70
Tabla 4_Autoeficacia de los pacientes en hemodiálisis del hospital Militar Central, Lima 2019.	71
Tabla 5_Correlación de la percepción del comportamiento del cuidado humanizado y autoeficacia de los pacientes en hemodiálisis del hospital Militar Central, Lima 2019	72
Tabla C1_Resultados de la validez de contenido del instrumento de percepción del comportamiento del cuidado humanizado	100
Tabla C2_Resultados de la validez de contenido de la escala de autoeficacia generalizada.....	103
Tabla C3_Resumen de la confiabilidad del cuestionario.....	104
Tabla C4_Escala de confiabilidad de la percepción del comportamiento del cuidado enfermero	
Tabla C5_Escala de confiabilidad de autoeficacia en los pacientes en hemodiálisis	106
Tabla C6_Escala de confiabilidad de la autoeficacia generalizada	106
Tabla H1_Distribución de frecuencias de las características generales de los pacientes de hemodiálisis en el hospital Militar Central, Lima 2019.....	114
Tabla H2_Medidas de resumen cuantitativas de pacientes de hemodiálisis en el Hospital Militar Central, Lima 2019	114
Tabla I1_Medidas de resumen cuantitativas de pacientes de hemodiálisis en el Hospital Militar Central, Lima 2019	115

Índice de apéndices

Apéndice A: Instrumentos de recolección de datos	94
Apéndice B: Validez de los instrumentos	100
Apéndice C: Confiabilidad de los instrumentos	104
Apéndice D: Consentimiento informado	108
Apéndice E: Matriz de consistencia.....	110
Apéndice F: Autorización institucional	112
Apéndice G: Carta de aceptación del Comité de Ética	113
Apéndice H: Características generales de los participantes.....	114
Apéndice I: Comprobación de supuestos para los estadísticos de prueba de hipótesis	115

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo determinar la relación de la percepción del comportamiento del cuidado humanizado con la autoeficacia de los pacientes en hemodiálisis del Hospital Militar Central, Lima. Los participantes fueron 60 pacientes del servicio de hemodiálisis. Los instrumentos utilizados fue la Escala de Autoeficacia Generalizada y el cuestionario de Percepción del Comportamiento del Cuidado Humanizado (3ra versión). Se encontró la relación entre las variables de estudio que establecen una relación directa y baja entre la autoeficacia generalizada y la percepción del comportamiento del cuidado humanizado ($Rho=0.386$, $p=0.002$). En la relación de la autoeficacia con las dimensiones de la percepción del comportamiento del cuidado humanizado se estableció una relación directa y baja con las cualidades del hacer de enfermería ($Rho=0.302$, $p=0.019$), a la vez, una relación directa y moderada con las dimensiones apertura a la comunicación ($Rho=0.428$, $p=0.001$) y priorizar el sujeto ($Rho=0.462$, $p=0.000$). Se concluye que la percepción del comportamiento del cuidado es imperante en la autoeficacia del paciente renal, existiendo una relación que puede influir de una u otra manera en aumentar o disminuir la autoeficacia del paciente renal.

Palabras clave: *Percepción, cuidado humanizado, autoeficacia y hemodiálisis*

Abstrac

The aim of this study was to determine the relationship between the perception of humanized care behavior and the self-efficacy of hemodialysis patients at the Hospital Military Central in Lima. The participants were 60 patients from the hemodialysis service. The instruments used were, the scale of Generalized Self-efficacy and the questionnaire of Perception of the behavior of humanized care 3rd version. It was found that the relationship between the study variables establishes a direct and low relationship between generalized self-efficacy and the perception of humanized care behavior ($Rho=0.386$, $p=0.002$). In the relationship of self-efficacy with the dimensions of perception of the behavior of humanized care a direct and low relationship was established with the qualities of nursing ($Rho=0.302$, $p=0.019$), at the same time, a direct and moderate relationship with the dimensions open to communication ($Rho=0.4.28$, $p=0.001$) and prioritize the subject ($Rho=0.462$, $p=0.000$). Concluding that, the perception of the behavior of the care is prevalent in the self- efficacy of the renal patient, existing a relationship that can influence in one way or another to increase or decrease the self-efficacy of the renal patient.

Keywords: Perception, Humanized Care, Self-efficacy and Hemodialysis.

Capítulo I

El problema

Planteamiento del problema

A nivel mundial, la población con daño renal va en aumento, según lo ha establecido por la Organización Panamericana de Salud y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión, instituciones que vienen impulsando acciones para aumentar las terapias de sustitución renal hasta 700 pacientes por millón de habitantes en cada país de Latinoamérica para el 2019 (Tambini, 2015).

En este sentido, Herrera, Pacheco & Taype (2016) confirman que en el Perú, en estas últimas décadas, la enfermedad renal crónica, llega en algunas regiones al 16% según prevalencia, siendo la diabetes y la glomerulonefritis, las causas más frecuentes que culminan en la necesidad de hemodiálisis. Asimismo, menos del 50% de la población que requiere hemodiálisis está recibiendo este tratamiento; la mortalidad de la población puede llegar hasta el 50% en los siete meses después del establecimiento del diagnóstico, por la falta de oportunidad en la detección precoz y problemas de cobertura de hemodiálisis.

La valoración de los efectos de la cronicidad de esta afección, permite identificar el modo cómo compromete la dinámica cotidiana de la familia, el cumplimiento de los roles acostumbrados y su capacidad para afrontar las consecuencias en términos de discapacidades o inhabilidades, los cambios abarcan incluso el comportamiento y los hábitos de las personas afectadas (Sánchez, 2004). Esta situación transparenta las necesidades de cuidado y las diversas transiciones que el paciente y familia deben realizar en el campo laboral, social y familiar; se desprende la importancia de conocer la capacidad que experimenta el paciente para cuidar de sí y de trascender exitosamente esta realidad.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS), impulsa políticas que abordan de forma integral al ser humano, en aras de proteger los derechos de los pacientes sintetizado en el lema “Trato humanizado a la persona sana y enferma” que pone de relieve la calidad del proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encaminada hacia la transformación, comprensión y respeto del sentido y la dignidad humana, aunada a la calidad de vida como derecho de las personas (Inca, 2017).

Es en este contexto, las personas sanas y enfermas ameritan formas de valoración de su situación, contexto y necesidad específica de ayuda, que motivan el ejercicio del cuidado profesional, incorporando las particularidades de los pacientes y familiares de la comunidad nefrológica. Watson (citado por Farfán, 2016) precisa que, el cuidado es un proceso interconectado con un conjunto de emociones que se comparten no solo en forma objetiva, sino también subjetiva entre la enfermera y el paciente. Cuidar de modo humanizado requiere ubicar al paciente como centro del cuidado, alrededor del cual giran todas las acciones, decisiones, métodos y recursos que moviliza el equipo de salud; la enfermera conocedora y convencida de su papel como promotora de la vida, de los mayores niveles de autonomía a fin que el paciente alcance el desarrollo de todo su potencial o el equilibrio compatible con su calidad de vida, se compromete en el cuidado buscando formas de ayudar al paciente a utilizar sus propios recursos en pro de su recuperación y mantenimiento de la salud (Raile & Marriner, 2011).

Es pertinente señalar que, mientras existen estándares para el cuidado procedimental, aún no se cuenta con normas específicas para materializar la dimensión del cuidado sensible; quedando fragmentada, postergada o menos atendida el área donde son mayores los sentimientos de incertidumbre, angustia, desesperanza, dependencia y sufrimiento propio de la enfermedad crónica avanzada. Es asombroso y difícil cualificar algunos comportamientos esperados en el

proceso de cuidado de los usuarios de las áreas de salud, quienes buscan solucionar la inestabilidad en sus procesos vitales, durante las experiencias de riesgo o emergencia de salud (Muñoz, Rodríguez, Hincapie, Agudelo, & Ramírez, 2012).

Al respecto, Watson (1990) recalca en todo momento la importancia de enfocarnos hacia este componente de la atención y expresa que, ante la posibilidad de deshumanización en el cuidado del paciente, debido a la gran transformación administrativa de la mayoría de los sistemas del cuidado de salud en el mundo, es urgente la recuperación de la figura humana, espiritual y transpersonal en la práctica clínica, administrativa, educativa y en la investigación en cuidado por parte de los profesionales de enfermería (González, 2015).

En este sentido, el cuidado se fortalece con la enseñanza científica, la competencia técnica y la relación con el tratamiento que maneja el enfermero – paciente, que acoge al otro sin dejar de ser uno mismo, dejando de lado otros aspectos externos que puedan comprometer la atención brindada (Waldow, 2014). Las consideraciones antes mencionadas, permiten sostener, que el cuidado humanizado impacta de manera positiva en el paciente, él al percibir la conducta de la enfermera durante el cuidado recibido, experimenta a su vez, el valor de sus propias habilidades para desarrollar comportamientos saludables, lo que se conoce como autoeficacia. La importancia de la autoeficacia percibida como alternativa para afrontar el estrés y sus efectos en la salud, condiciona no solo el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas, sino la disposición del paciente para responder ante demandas en otras esferas de su existencia (Rodríguez, 2006; Fernández et al., 2018).

Teniendo en cuenta que, idealmente el cuidado humanizado posee los atributos de amabilidad, personalización, empatía, contextualización, intencionalidad, ayuda efectiva (Collière, 1993) en la práctica en algunas investigaciones se da cuenta de la percepción del

paciente que experimenta la ausencia de estos atributos, entre ellos, Arrieta (2017) en España, conforme al aumento de enfermedades crónicas, sienten menos autonomía y disminución de la calidad de vida, tanto en centros rurales como urbanos. En el estudio de Joven & Guáqueta, (2019), la percepción global del cuidado humanizado es alta 83.9% sin embargo, en apertura a la comunicación enfermera-paciente alcanzó en la opción siempre solo el 42.9%, en cualidades del hacer de enfermería solo 27% y en priorizar el sujeto de cuidado un 60%. A nivel nacional Gutiérrez, (2018) en Chiclayo, solo el 27% mostró apertura a la comunicación enfermera-paciente y de modo global solo el 36% de los pacientes percibieron cuidados humanizados y el 5% considera que nunca lo ha recibido. Quezada (2018) en el estudio de un Hospital del MINSA el 53% no muestra cuidado humanizado en el factor sociocultural y el 49% muestra cuidado humanizado en el nivel regular solo el 39% en la dimensión de la interacción.

A la vez, Bandura (1977) expresa que la autoeficacia es el punto principal donde el paciente acentúa su autovalía, como refiere Monje & Almagiá (2008) que encontró que la autoeficacia tenía influencia muy significativa en el nivel de calidad de vida en los pacientes con enfermedad crónica.

Por lo cual, en áreas especializadas de enfermería como es la unidad de hemodiálisis de un hospital en Lima, las enfermeras atienden a pacientes con enfermedad renal crónica, tanto ambulatorios como hospitalizados, que a menudo confrontan tensiones psicológicas, físicas y sociales, pacientes con resquebrajamiento de su unidad holística, tanto por su formación militarizada y, por ende, su entorno como familia militar.

El servicio de hemodiálisis se caracteriza por el constante movimiento de pacientes al realizar atenciones en un corto tiempo de estancia, entre tres a cuatro horas interdiarias de tratamiento dialítico. En este espacio, la enfermera se encarga del cuidado de un promedio de

cuatro a seis pacientes, organiza sus actividades tratando de brindar cuidado integral a cada uno de ellos de acuerdo a la naturaleza personal de sus problemas y necesidades.

El presente estudio nació de una inquietud constante del personal de enfermería en el transcurrir de su tarea diaria, donde se encontró el interés por conocer sistemáticamente el sentir y pensar de los pacientes renales, equivalente a evaluar la percepción del comportamiento profesional con ellos durante su hemodiálisis y cuánto puede repercutir este actuar en su autoeficacia, llenando un vacío de conocimiento no evaluado en el servicio.

Se tiene en cuenta que, estos pacientes perciben el comportamiento de la enfermera ante el paciente y familia, de manera variable; algunas veces puede percibirse la cordialidad y desempeño eficiente del personal, el apoyo físico, emocional y proactividad que muestra, el afecto por el paciente. En otras ocasiones, la percepción puede ser todo lo contrario, generando comentarios de los pacientes como “se olvidó de mi”, “esta apurada licenciada”, “se olvidó de colocarme la ampolla”, entre otros.

Por otra parte, es innegable que los pacientes manifiestan diversa disposición ante su situación; algunos expresan aceptación de la enfermedad y voluntad frente a la cronicidad del tratamiento hemodiàlitico, mientras otros, no dudan en manifestar su desaliento y aún el deseo de poner fin a su existencia. El papel de la enfermera respecto a la autoeficacia del paciente para afrontar la enfermedad y mantener su calidad de vida, ha sido poco estudiado y transluce oportunidades en el cuidado para enfermería, motivo por el que se delimita en este campo el interés del presente estudio.

Es así que se delimita el interés del estudio acerca de la percepción del comportamiento del cuidado enfermero y la autoeficacia por parte del paciente que recibe tratamiento hemodiàlitico en el hospital Militar Central.

Formulación del problema

Problema general

¿Cómo se relacionan la percepción del comportamiento del cuidado humanizado con la autoeficacia de los pacientes en hemodiálisis del hospital Militar Central, Lima 2019?

Problemas específicos

¿Cuál es la percepción del comportamiento del cuidado humanizado de los pacientes en hemodiálisis del hospital Militar Central?

¿Cuál es la autoeficacia del paciente en hemodiálisis del hospital Militar Central?

¿Cómo se relaciona la dimensión de priorizar el sujeto de cuidado con la autoeficacia de los pacientes en hemodiálisis del hospital Militar Central?

¿Cómo se relaciona la apertura a la comunicación enfermera paciente con la autoeficacia del paciente en hemodiálisis del hospital Militar Central?

¿Cómo se relaciona la cualidad del hacer de enfermería con la autoeficacia de los pacientes en hemodiálisis del hospital Militar Central?

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar la relación de la percepción del comportamiento del cuidado humanizado con la autoeficacia de los pacientes en hemodiálisis del hospital Militar Central, Lima.

Objetivos específicos

Identificar la percepción global del comportamiento del cuidado humanizado de los pacientes en hemodiálisis del hospital Militar Central.

Conocer la autoeficacia del paciente en hemodiálisis del hospital Militar Central.

Establecer la relación de la dimensión de priorizar el sujeto de cuidado con la autoeficacia de los pacientes en hemodiálisis del hospital Militar Central.

Establecer la relación de la apertura a la comunicación enfermera paciente con la autoeficacia de los pacientes en hemodiálisis del hospital Militar Central.

Establecer la relación de la cualidad del hacer de Enfermería con la autoeficacia de los pacientes en hemodiálisis del hospital Militar Central.

Justificación

Justificación teórica

La importancia y conveniencia del estudio es inherente a la razón de ser de enfermería: el cuidado de la persona que vive experiencias de salud y enfermedad, el mismo que se realiza en permanente interacción con el usuario. Esta condición del ejercicio profesional, amerita la valoración periódica del modo cómo se realiza el cuidado y la medida en que alcanza la capacidad de respuesta eficaz e integral desde la experiencia del receptor del cuidado. Es una forma de velar por la legitimidad del ser y quehacer de enfermería. Watson y Boykin-Schoenhofer apoyan que, para la enfermera el cuidado representa el esfuerzo por generar el mayor bien posible, partiendo de concebir al ser humano como un sistema complejo de funcionamiento fisiológico, psicológico, histórico – espiritual, social y político, tanto con sus posibilidades esenciales y únicas por cada individuo de acuerdo a su realidad vivida (Raile & Marriner, 2011).

Del mismo modo, el estudio es conveniente y oportuno, porque la persona necesitada de cuidado, expresa respuestas humanas diversas que representan formas de mayor o menor autoeficacia y se encuentran siempre ligadas a la calidad del cuidado experimentado en el encuentro enfermera-paciente durante los procesos de atención, sobre todo tratándose de

afecciones crónicas donde es esencial aprender a convivir con la enfermedad y sus efectos en la vida cotidiana. El aporte de la potencial relación entre la percepción del comportamiento del cuidado y la autoeficacia del paciente en hemodiálisis evidencia las repercusiones de la calidad del modelo de cuidados aplicado por las enfermeras en una de las especialidades de demanda creciente a nivel mundial y nacional, favoreciendo de este modo la identificación de los supuestos que validan o ameritan innovaciones en el modelo conceptual del ejercicio profesional.

Justificación práctica y relevancia social

La información obtenida en el estudio posibilita identificar algunos aspectos críticos en el desempeño profesional y, particularmente, en la interacción enfermera-paciente-familia, que se vinculan a las respuestas del paciente ante el tratamiento hemodiálítico; estos elementos se constituyen insumos o puntos de partida para el diseño de alternativas de mejora de la calidad del cuidado y la incorporación de los atributos del cuidado sensible o humano.

La relevancia social del estudio radica en que, siendo la persona poseedora de dignidad intrínseca, la preocupación y la oferta del cuidado coherente con la perspectiva del derecho, no solo resuelve las dolencias y evita complicaciones, sino que asegura condiciones de serenidad, armonía, autoestima y la fortaleza necesaria ante un tratamiento invasivo y de largo plazo. Evitar el sufrimiento humano es una de las metas de todo profesional de la salud: no siempre es posible curar, muchas veces es posible aliviar, sin embargo, siempre es posible evitar un daño mayor a los semejantes cuyo cuidado se confía al profesional de enfermería.

Justificación metodológica

Los procedimientos seguidos para el uso del cuestionario Percepción del Comportamiento del Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE, 3ra versión, producto del

proceso de validación y de contenido del instrumento original, serán referente para futuras investigaciones; asimismo, la validación del instrumento de valoración de la autoeficacia.

Capítulo II

Desarrollo de las perspectivas teóricas

Antecedentes de la investigación

Monje, Miranda, Oyarzún, Seguel & Flores (2018) en el estudio realizado en Chile: “Percepción de cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados”, tuvo como objetivo determinar la percepción que tienen los pacientes hospitalizados en Servicio de Medicina Adulto de un hospital de alta complejidad, del cuidado humanizado que otorgan los profesionales de Enfermería y factores relacionados. El estudio fue de corte transversal, correlacional, con una muestra de 171 pacientes de una población de 603 pacientes, mediante dos instrumentos: Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE) y una encuesta Sociodemográfica de elaboración propia. Los resultados mostraron que los pacientes reciben trato humanizado siempre fue el 86%, casi siempre fue el 11,7%, algunas veces fue 1,8% y un 0,6% nunca. La categoría cualidades del hacer es la que más destacan los pacientes; también mostraron que no existe asociación significativa entre la percepción de trato humanizado y las variables sociodemográficas. Concluyeron que, los/as enfermeros/as respetan la dignidad humana realizando cuidados humanizados. El personal de enfermería que trabaja en el servicio refuerzan el desempeño laboral y promueven el cuidado.

Joven & Guáqueta (2018) en el estudio realizado en Colombia: “Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería”, tuvo como objetivo describir dicha percepción en la unidad de cuidado intensivo (UCI) adulto. Fue una investigación descriptiva; el instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería 3ª versión" fue utilizado en una muestra de 55 pacientes hospitalizados en UCI. Se obtuvo una percepción global de 83,39% en la escala, la categoría que más puntuación presenta

es la categoría priorizar el sujeto de cuidado, con el ítem siempre con 60 %, casi siempre 14%, algunas veces 22% y nunca 4%; la categoría apertura a la comunicación, con una puntuación de siempre con 42%, casi siempre 24%, algunas veces 25% y nunca 9% y la última categoría cualidades del hacer de enfermería siendo siempre 27%, casi siempre 35%, algunas veces 24% y nunca con un 14%. Concluyeron que, los comportamientos de cuidado humanizado fueron buenos y la categoría que más puntaje obtuvo fue priorizar el sujeto de cuidado.

García, Peralta, Navarrete, Silva & Caballo (2018) en el estudio realizado en España: “Validez y fiabilidad de la escala de autoeficacia para el ejercicio físico en pacientes con síndrome metabólico”. Tuvo como objetivo obtener la validez y la fiabilidad de la escala de autoeficacia para el ejercicio (AEEF) en pacientes con síndrome metabólico (SM). Siendo un estudio descriptivo, se usaron la técnica de la encuesta y se aplicó en una muestra de 135 sujetos. Teniendo como resultados una varianza común de 72,7%; las correlaciones de la AEEF con la frecuencia de la práctica de ejercicios, la renuncia al sedentarismo, el asertividad, el estrés y la ira fueron estadísticamente significativas. Concluyeron que, este es el primer estudio de este tema con versión española de la AEEF. Los resultados mostraron niveles aceptables de validez y fiabilidad en pacientes con SM. La escala demostró ser útil para evaluar la asociación de la autoeficacia relativa al ejercicio físico con distintas variables psicosociales y de estilo de vida.

Fernández et al. (2018) realizaron un estudio en España: “Relación entre la autopercepción y autoeficacia para el desarrollo competencias en soporte vital en entornos de simulación clínica de alta fidelidad”. El objetivo fue analizar si entre la autopercepción y la autoeficacia para el desarrollo de competencias asociadas al cuidado de paciente crítico en un entorno clínico de simulación de alta fidelidad, en la formación de estudiantes de enfermería en soporte vital existe relación. Es un estudio cuasi experimental en dos grupos de alumnos del

grado de enfermería con medición pre y post test, sometidos a la misma experiencia, con la técnica de cuestionario con una muestra de 1.200 alumnos universitarios, con dos instrumentos uno del cuestionario *ad hoc* basado en las competencias entrenadas y evaluadas en la asignatura del soporte vital al adulto y la autoeficacia general académica. Entre los principales resultados resaltó que en los dos grupos se observó un aumento significativo de la autopercepción para el desarrollo de competencias asociadas a una situación crítica con variaciones entre los dos grupos en relación con la autopercepción y la autoconfianza. Concluyeron que, la simulación clínica es aplicable y nos recomiendan para el aprendizaje del alumnado en soporte vital, manteniendo una estadística significativa en el nivel de autopercepción para el desarrollo de competencias asociadas a los cuidados críticos, a la vez mantiene una relación positiva entre ambas variables.

Malpica (2017) realizó el estudio: “Percepción del cuidado humanizado de enfermería por parte del paciente adulto con enfermedad oncológica hospitalizado en una IPS de IV nivel, Chía - Colombia”. El objetivo fue describir la percepción del cuidado humanizado de enfermería por parte del paciente con enfermedad oncológica hospitalizado en una IPS de IV nivel. El estudio fue de tipo descriptivo, de corte transversal y enfoque cuantitativo, con una población de 80 pacientes hospitalizados, con el instrumento PCHE tercera versión. Entre los resultados, en la categoría priorizar el sujeto, siempre percibieron un cuidado humano el 87.5%, casi siempre lo percibió el 9.16 % y algunas veces lo percibió el 1,25 %; en la dimensión apertura a la comunicación, siempre fue el 39,7%, casi siempre fue el 54.56% y algunas veces percibió fue el 5.8 %; en la dimensión cualidades del hacer de enfermería, siempre fue el 28.57%, casi siempre lo percibió fue el 72,85 % y algunas veces fue el 0.7%. Concluyó que, en la institución se brinda un cuidado humanizado es percibido por los pacientes en diferentes etapas del tratamiento y cuidado de su enfermedad.

Arrieta (2017) realizó un estudio en España: “Percepción de enfermedad y de cuidados recibidos por el paciente crónico”. Su objetivo fue evaluar los cuidados recibidos por parte del paciente mediante el cuestionario. El tipo de estudio fue observacional, de tipo descriptivo, transversal; se usaron cuestionarios a partir de entrevistas a pacientes con patologías crónicas en nueve centros de salud de Navarra: 3 rurales y 6 urbanos, con un tamaño de muestra 196 pacientes. Entre los principales resultados se observa que existen diferencias entre la proporción de hombres y mujeres, según la escala de Gijón. Hay más hombres que mujeres con una buena aceptable situación social, las enfermedades crónicas de los pacientes se observa que 87.8% presentaron hipertensión arterial, un 53,1% hiperlipidemia, 41.8% arritmia cardíaca y 41,3% diabetes, el 92.3% de los pacientes con insuficiencia cardíaca no tienen conocimiento de esta enfermedad ni el 77,8% de los pacientes diagnosticados con demencia tampoco tienen conocimiento de esta enfermedad, el 65,4% no tienen conocimiento de su enfermedad crónica , el 64,3% no verbalizan el antecedente de enfermedad cerebrovascular y el 52,9% no verbaliza la depresión. Concluye que, la percepción que los pacientes crónicos tienen sobre los cuidados recibidos es mejor conforme aumenta el número de enfermedades crónicas, disminuye su autonomía y empeora su calidad de vida, tanto que el ámbito social del paciente influye en la percepción de cuidados del paciente crónico, siendo esta percepción peor en ámbitos de mayor riesgo social.

Luque, Fuenmayor, Matamala, & Franquet (2017) realizaron un estudio en España: “Percepciones en la vida diaria del paciente con poliquistosis renal autosómica dominante”. El objetivo fue conocer y comprender la experiencia vital de las personas con PQRAD y las repercusiones sentidas en todos los ámbitos de su vida cotidiana, desde una perspectiva bio-psico-social y espiritual, para ofrecer unos cuidados enfermeros de calidad. El estudio fue

cuantitativo basada en la Teoría de Glaser y Strauss y en el paradigma constructivista. Los participantes fueron personas diagnosticadas de PQRAD, que se encontraban en fases previas al inicio de terapia renal sustitutiva. El tamaño de la muestra vino dado por la saturación de los datos y fue de 12 participantes que formaron parte de dos grupos focales, utilizándose grabaciones para las encuestas. Concluyeron que, la experiencia vital de las personas con PQRAD no presenta un pensamiento único, sino que aparecen puntos de desacuerdo en diferentes aspectos que hacen cada experiencia propia e individual, apoyando en uno de los pilares fundamentales más usados por enfermería de acompañar escuchar y orientar.

Cantillo & Blanco, (2017) realizaron un estudio en Colombia “Agencia de autocuidado de la persona con enfermedad renal crónica en diálisis”. El objetivo fue determinar la capacidad de autocuidado de las personas con insuficiencia renal crónica en diálisis, así como su relación con las características sociodemográficas y clínicas. El estudio fue cuantitativo descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 111 personas dializadas en una unidad renal. Los instrumentos que se aplicaron: caracterización sociodemográfica y clínica, y capacidad de agencia de autocuidado en el paciente hipertenso. Los datos fueron analizados mediante la estadística descriptiva. Obtuvieron una edad promedio de la población 56 años (DE: +14); género masculino 55.9%; su capacidad de agencia de autocuidado fue alta y media, 80,2% y 19,8%, respectivamente. Se encontró significancia entre la variable capacidad de autocuidado y edad, que indica que, a mayor edad, disminuye la capacidad de autocuidado ($p=0,024<0,05$), además manifestaron mejor percepción del estado de salud aquellas personas con mayor grado de capacidad de agencia de autocuidado ($p=0,004<0,05$). Concluyeron que, la capacidad de agencia de autocuidado de los pacientes dializados resaltó entre los niveles de alta y media

capacidad, sin embargo, existe la necesidad del apoyo del equipo multidisciplinario para mantener y mejorar el autocuidado.

Guerrero, Parra & Mendoza (2016) realizaron un estudio en Venezuela: “Autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sometidos a hemodiálisis, Barquisimeto”. El objetivo fue analizar la correspondencia entre autoeficacia y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento de hemodiálisis. La investigación fue de tipo correlacional de corte transversal, en una población de 200 pacientes, con una muestra intencional de 80 pacientes (46 hombres y 34 mujeres); se aplicó el instrumento de la escala de autoeficacia generalizada y el cuestionario Diabetes-39 que mide la calidad de vida relacionada con la salud. Los resultados fueron que la autoeficacia generalizada presentó asociación con la calidad de vida relacionada con la salud ($r = -0,480$; $p = 0,01$), con las dimensiones energía y movilidad ($r = -0,315$; $p = 0,01$), control de la diabetes ($r = -0,409$; $p = 0,01$) y la sobrecarga social ($r = -0,457$; $p = 0,01$). Además, se encontró diferencia significativa en la autoeficacia según el sexo. Concluyeron que, los pacientes deben mantener un sentimiento de confianza para sobrellevar dificultades en diferentes situaciones que le toque vivir de manera eficaz, siendo así, el afecto de menos la energía y la movilidad, el control de la diabetes y la sobrecarga social, por consiguiente, mejorara la salud y la calidad de vida del paciente.

Müggenburg, Riveros & Juárez, (2016) realizaron un estudio en México: “Entrenamiento en habilidades de comunicación en enfermeras y percepción del paciente que recibe su cuidado”. El objetivo fue comparar la autoevaluación de un grupo de enfermeras respecto a la comunicación con sus pacientes como resultado de un programa de entrenamiento en habilidades sociales. El estudio fue descriptivo comparativo. Aplicaron el ACEP (Autoevaluación de la forma de Comunicación de las Enfermeras con los Pacientes) a 14 enfermeras de una institución

pública de tercer nivel, antes y después de un entrenamiento en habilidades de comunicación. El ACEP evalúa comportamientos verbales y no verbales sobre empatía (8 reactivos) y respeto (2 reactivos); la escala de medición oscila entre 1 y 5, a mayor puntuación mejor comunicación. Analizaron datos con las siguientes pruebas estadísticas: Wilcoxon para comparar pre y post entrenamiento; t de Student y Fisher para comparación de grupos por edad, antigüedad laboral y escolaridad. Obtuvieron como puntaje global inicial de 33 a 45 y el posterior de 41 a 50, con $p = 0.004$; observaron diferencia entre el pre y la post autoevaluación de los comportamientos: uso palabras de ánimo para motivarlos ($p = 0.016$) y los apapachó para animarlos ($p = 0.014$). No hubo diferencia entre los grupos por edad, antigüedad laboral y escolaridad.

Ángel, Duque & Tovar, (2016) realizaron un estudio en Colombia: “Cuidados de enfermería en el paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis: una revisión sistemática”. El objetivo fue revisar las evidencias científicas que proporcionan elementos para generar planes de cuidado que orienten la práctica de enfermería en la atención del paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. Realizaron una revisión sistemática de la literatura científica de artículos publicados entre 2004 a 2014, en idioma español, portugués e inglés, y accesibles a texto completo. Búsqueda exhaustiva y reproducible de trabajos originales en las bases de datos Cuiden Plus, CINAHL, SciELO, Lilacs, PubMed, y Nursing Ovid. Valoración crítica de la calidad científica de los estudios aplicando las parrillas de investigación de CASPe, y la lista de chequeo STROBE. Los temas que se obtuvieron surgieron del análisis de los artículos fueron: perspectiva sobre modelos y teorías de enfermería en el cuidado del paciente en hemodiálisis, lenguaje común enfermero, diagnósticos de enfermería en el paciente en hemodiálisis, educación y autocuidado del paciente en hemodiálisis, importancia de la familia en el cuidado del paciente, satisfacción del paciente como objetivo de calidad. Concluyendo que, los

modelos, teorías y taxonomía permiten una visión más amplia, profunda, abarca y viabiliza en gran proporción el trabajo de la enfermería en la práctica diaria.

López, Luque, Gómez, Casas, & Crespo, (2016) realizaron un estudio en España: “La satisfacción del paciente como componente de la calidad en las unidades de diálisis”. El objetivo fue conocer el grado de satisfacción global de los pacientes con el servicio de nefrología. El estudio fue observacional descriptivo transversal sobre todos los pacientes atendidos en las tres unidades de diálisis de nuestra UGC. Utilizaron para la recogida de datos, el cuestionario auto administrado SERVQHOS. La muestra fue de 89 pacientes, obteniendo como resultado una edad media de $65,1 \pm 14,9$ años (22-93), de los cuales (30%) mujeres y (70%) hombres. De los cuales 29 pacientes (32%) se dializaban en la Unidad Hospitalaria (UH), 45 (49%) en el Centro Periférico de Diálisis (CPD) y 17 (19%) estaban en Diálisis Peritoneal (DP); el 98,8% de pacientes estaban satisfecho o muy satisfecho con el servicio y el 97,7% afirman que recomendarían el servicio sin dudarlo. Concluyeron que, los pacientes se encuentran muy satisfechos, dejando conocer aspectos mejorables para una calidad asistencial.

Martín, Palacios, Grano de Oro, Hernández de Arribas & Rodríguez, (2016) realizaron un estudio en España: “Nivel de seguridad percibida por el paciente de hemodiálisis crónica”. El objetivo fue evaluar el nivel de seguridad percibido por el paciente durante la sesión hemodiálisis. El estudio fue descriptivo, con una población de 44 pacientes. Aplicaron un cuestionario basado en tres escalas validadas, que miden calidad, satisfacción y factores de estrés, instrumento de 40 ítems. Obtuvieron que, el 100% de los encuestados se sienten seguros durante la sesión de hemodiálisis, los ítems de calidad de cuidado y percepción de los mismos consiguen una puntuación superior al tres sobre cinco. En cuanto a la educación, un 63% le gustaría recibir más educación, aunque un 70% afirma saber actuar ante las complicaciones. En

el listado de factores de estrés, obtienen puntuaciones mayores las complicaciones del acceso vascular, el tiempo conectado a la máquina, el transporte y temperatura de la sala. Concluyeron que, la calidad de los cuidados enfermeros percibidos obtiene una buena satisfacción. En cuanto a los factores estresantes, las enfermeras con actividades de enfermería tanto educativas como lúdicas intradiálisis podrían disminuirlos por ende aumentar la seguridad y la calidad de cuidados.

Rocha & Faria, (2013) realizaron un estudio en Brasil: “La comunicación enfermera-paciente en el cuidado en las unidades de urgencias 24h: una interpretación en Travelbee”. El objetivo fue mostrar la comunicación enfermera-paciente en el cuidado de enfermería en las unidades de urgencias 24h y discutir los aspectos de la comunicación y de la relación interpersonal enfermera-paciente en el cuidado a la luz del referencial teórico de Joyce Travelbee. El estudio fue de carácter descriptivo y abordaje cualitativo. Los datos fueron obtenidos después de la aprobación en el comité de ética a través de entrevista semiestructurada aplicada a diez 2º Tenientes Enfermeras Bombero Militar, ubicados en el municipio de Belford Roxo. El análisis temático de las palabras permitió evidenciar tres categorías: la comunicación revelada en el trato de enfermería; la comunicación enfermera-paciente en los espacios del cuidado de la Unidad de Urgencias 24h y los aspectos de la relación interpersonal enfermera-paciente. Concluyeron que, por tratarse de una relación ser humano-ser humano la comunicación y el cuidado añadido en una unidad de urgencias ocurren en sus distintas posibilidades objetiva y afectiva, instrumental y expresiva, respectivamente, independiente del espacio del cuidado.

Álvarez & Barra (2010) realizaron un estudio en España: “Autoeficacia, estrés percibido y adherencia terapéutica en pacientes hemodializados”. El objetivo fue determinar la relación de la autoeficacia general y el estrés percibido con la adherencia terapéutica en pacientes

hemodializados. El estudio fue descriptivo-correlacional y de corte transversal, se aplicaron cuatro instrumentos: Escala de Autoeficacia General, Escala de Estrés Percibido, Autoinforme de Adherencia y Adherencia Objetiva. Se aplicó a una población de 54 pacientes de tres centros de diálisis. La adherencia fue medida a través del auto reporte del exceso de peso y los valores de potasio en sangre. Observaron que la autoeficacia general presentaba una relación directa con el auto-informe de adherencia global y a medicamentos, pero no con los indicadores objetivos de adherencia. Entre los principales resultados se observó que el estrés percibido no mostró relación significativa con la adherencia, mientras que los autoinformes de adherencia a medicamentos y a dieta mostraron una relación directa con la edad y una relación inversa con el tiempo de hemodiálisis. Pero sí, una relación directa de la autoeficacia con la adherencia a medicamentos auto informada. La autoeficacia general muestra mayor relación con el autoinforme de adherencia a la toma de medicamentos que a la dieta o a la restricción de líquidos. Concluyeron que es fundamental valorar la autoeficacia en los pacientes que reciben hemodiálisis, con el objetivo de intensificar su adherencia, y en próximas investigaciones medir la autoeficacia tanto general como específico.

Quezada (2018) realizó el estudio: “Factores que influyen en el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería al paciente privado de su libertad, en los hospitales del MINSA”. El objetivo fue determinar los factores que influyen en el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería al paciente privado de su libertad, en los Hospitales del MINSA. El presente estudio es de enfoque cuantitativo. Es de método correlacional y de corte transversal. Se utilizó un instrumento dividido en dos: tipo Likert modificado para identificar el Cuidado Humanizado y se tomó como referencia un cuestionario de 32 ítems Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado De Enfermería PCHE Clínic Country Tercera

Versión de Rivera, Triana y Espitia, 2014, siendo de respuesta dicotómica de preguntas cerradas para identificar los factores. La población estuvo conformada por los profesionales de enfermería que laboran en los servicios de medicina de los hospitales del MINSA-2017 con la técnica de la encuesta teniendo una muestra conformada por 72 profesionales de enfermería. Entre los principales resultados se observó en referencia a la dimensión fenomenológica se obtuvo que un mayor porcentaje 60% (43) de profesionales de enfermería muestran un regular cuidado humanizado al paciente privado de su libertad; con referencia a la dimensión interacción se obtuvo que un mayor porcentaje 39% (28) de profesionales de enfermería muestran un regular cuidado humanizado al paciente privado de su libertad; con referencia a la dimensión de necesidades humanas se obtuvo que un mayor porcentaje 49% (35) de profesionales de enfermería muestran un regular cuidado humanizado al paciente privado de su libertad. Un mayor porcentaje en relación con el factor socio-cultural y el cuidado humanizado se obtuvo que el 53% (8) de los profesionales de enfermería no muestran cuidado humanizado. Se concluyó que el factor que influye en el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería al paciente privado de su libertad en los hospitales del MINSA – 2017 es el factor institucional-laboral; no tuvieron asociación respecto al cuidado humanizado.

Gutiérrez (2018) realizó un estudio en Chiclayo: “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en pacientes adultos hospitalizados en servicios de medicina”. El objetivo fue determinar la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería, por pacientes adultos Hospitalizados en Servicio de Medicina. El estudio es no experimental de tipo descriptivo y transversal, con una muestra de 303 pacientes, el instrumento utilizado fue el cuestionario PCHE 3ra versión, que evalúa tres dimensiones: cualidades del hacer de enfermería, apertura a la comunicación enfermera-paciente y disposición para la

atención. Los resultados fueron que el 36% de los pacientes siempre han percibido un cuidado humanizado, el 5% nunca lo han recibido. La categoría que destacó con 40% fue la de cualidades del hacer de enfermería, resaltando los ítems de respeto y la empatía y en un 27%, la categoría apertura a la comunicación enfermera-paciente. La población se caracterizó por tener entre 34 y 57 años, siendo el 61% de sexo masculino. Concluyó que, el 36% de los pacientes siempre percibe un comportamiento de cuidado humanizado, siendo este resultado estimulante para mejorar el potencial profesional, la categoría más resaltante fue la cualidad del hacer de enfermería en un 40% destacando en el respeto y la dignidad humana en un 63%, pero aún existe un déficit de confianza en un 21%. En cambio, la categoría de la apertura a la comunicación se obtuvo un menor puntaje de 27%, donde recalcó el déficit de la relación de enfermera-paciente y la categoría de disposición para la atención con un puntaje de 33%. Sin embargo, no se siente cómodo con el cuidado de enfermería en un 25% debido a la falta de un cuidado cálido y delicado ante las necesidades del paciente.

Definición conceptual

Percepción

La Gestalt en su primer supuesto básico desarrollado, brinda la información sobre la actividad mental explicando que no solo es lo que percibe del mundo; sino todo lo contrario; definió que la percepción es un proceso de recopilación y clasificación de información precisa. encargado de generar un estado de claridad y lucidez consciente, que permita el desempeño dentro de mayor grado de racionalidad y coherencia posible en el mundo circundante. Se puede afirmar que, de la enorme cantidad de datos arrojados por la experiencia sensorial (luz, calor, sonido, impresión táctil, etc.), los sujetos perceptuales toman tan solo aquella información

susceptible de ser agrupada en la conciencia para generar una representación mental; a su vez, teniendo en cuenta que, la información retomada del ambiente permite la formación de abstracciones (juicios, categorías, conceptos, etc.) (Oviedo, 2004).

La percepción es el mecanismo individual que realizan los seres humanos que consiste en recibir, interpretar y comprender las señales que provienen desde el exterior, codificándolas a partir de la actividad sensitiva. Se trata de una serie de datos que son captados por el cuerpo a modo de información bruta, que adquirirá un significado luego de un proceso cognitivo que también es parte de la propia percepción (Peter, 2018).

Cuidado

Waldow (2014) definió el cuidado en enfermería como “todos los comportamientos y actitudes que se demuestran en las acciones que les son pertinentes siendo aseguradas por derecho, y desarrolladas con competencia para favorecer las potencialidades de los sujetos a quienes se cuidan incluyendo familia, para mantener o mejorar la condición humana en el proceso de vivir y morir”.

El cuidado de los pacientes es la base de la profesión de enfermería el cual se puede definir como una acción que requiere un valor personal y profesional que conlleva a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida fundamentado en la relación terapéutica enfermera-paciente (Müggenburg, Riveros & Juárez, 2016)

Existen situaciones que influyen en el hacer y quehacer de enfermería, donde pese a los problemas y limitaciones se consiguen buenos resultados del cuidado brindando una atención de con eficiencia eficacia y tratando de mantener siempre la calidad de atención.

Cuidado humanizado

El cuidado del ser humano es la esencia de la práctica de enfermería, para Watson el objetivo de enfermería consiste “en facilitar la consecuencia a la persona de un mayor grado de armonía entre la mente, cuerpo y alma que engendre procesos de autoconocimiento, respeto a uno mismo, auto curación y autocuidado al tiempo que alienta un aumento de la diversidad, protección y preservación de la dignidad humana”, en la Clínica de Country, procurando que el cuidado de enfermería sea “cuidar con amor”, lo que implica llegar a la esencia de la interacción con el otro de forma recíproca, autentica e intencional (Rivera & Triana, 2005).

Según Watson, la persona es "un ser en el mundo, como una unidad de mente-cuerpo y espíritu, que experimenta y percibe; es el locus de la existencia humana y el individuo de cuidado de enfermería". Esta persona demanda compromiso, obligación, empeño, respeto, y es responsabilidad de la enfermera el cuidarlo. “Humanizar es hacer a alguien o algo más humano, familiar y afable. Humanización comprende la acción y efecto de humanizar o humanizarse, entonces humanizar los cuidados, es hacer el cuidado más humano, familiar y cordial, de acuerdo al contexto de cada persona” (González, 2015).

Según Martins, el cuidado involucra la comprensión del ser humano en su proceso de vivir, en sus derechos, en su especificidad, en su integridad. Guiarse por el cuidado es romper una lógica de formación excesivamente basada en la hegemonía biomédica, en el autoritarismo de las relaciones, en el poder construido a partir de un saber que silencia a otros y cosifica a los sujetos (Correa, 2016).

Percepción del comportamiento del cuidado humanizado de enfermería

Basada en las teorías del cuidado son el inicio para comprender las conductas y los procesos que caracteriza el cuidado. Algunas investigaciones estudiaron las conductas del

cuidado de las enfermeras tal como son percibidas por el paciente, sus hallazgos recalcan lo que los pacientes esperan de sus cuidadores y así proporcionar datos útiles para la práctica. Los pacientes continúan valorando la efectividad de las enfermeras al realizar sus tareas, ellos valoran más las dimensiones de afecto de los cuidados de enfermería (Potter, Stockert, Perry & Hall, 2019).

Según Gallagher y Kubsh citado por esta herramienta y otras valoraciones de cuidado ayudan al profesional de enfermería principiante a apreciar el tipo de conductas que los pacientes hospitalizados identifican como cuidados, cuando ellos sienten que los cuidan con sensibilidad, empatía, compasión y se interesan por ellos como persona; ellos se vuelven activos en el plan de cuidado (Gallagher & Kubsch, 2009) .

Siendo esta variable definida por Rivera y Triana, donde refiere que la percepción del cuidado humanizado de enfermería es un proceso psíquico, la interacción entre paciente – enfermera, comparten momentos significativos en su yo interior durante el cuidado. Se debe tener en cuenta que el proceso de la percepción es subjetivo, sin embargo, algunos comportamientos son frecuentes e importantes en la interacción del cuidador-ser cuidado para nutrir la esencia de los momentos de cuidado, dignificar al ser humano y fortalecer su autonomía (Rivera & Triana, 2007).

“El cuidado no solo requiere que la enfermera(o) sea científica(o), académica(o) y clínica(o), sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos” (Poblete, Valenzuela, & Merino 2012).

Furegato & Prestupa, (2010) sostienen que el profesional de enfermería debe tener algunas características especiales, como: capacidad de comunicación y escucha, respeto por las creencias del prójimo, gran dimensión de entrega, compromiso ético y calidez humana. Furegato,

señala que las enfermeras son aquellas que escuchan sus angustias y siempre están presentes su llamado. Lo que hace la diferencia entre dar atención de enfermería y el cuidado humanizado (Ceballos, 2010).

Autoeficacia

La autoeficacia, o la confianza de las habilidades ante diferentes situaciones que se presentan, juegan un rol importante no solamente en la manera de sentirte respecto a un objetivo o tarea, sino que será determinante para conseguir o no las metas en tu vida. El concepto de autoeficacia es un aspecto primordial de la psicología, ya que logra enfatizar el rol del aprendizaje observacional, la experiencia social, y el impacto en el desarrollo personal de una persona (Bandura, 1977, citado por Fernández et al., 2018).

Bases teóricas

La autoeficacia: relevancia en la respuesta personal, social en salud y enfermedad.

Por otra parte, la relevancia de la autoeficacia radica en que permite organizar y ejecutar las acciones necesarias para conseguir las metas, situación que permite aceptar desafíos e insistir hasta lograr los propósitos previstos (Sanjuán, Pérez & Bermúdez, 2000). En adición a los enfoques anteriores, Torre (citado por Asunción, Alfredo & Paz, 2014) argumenta que, la autoeficacia es un juicio que la persona emite sobre su capacidad para poder alcanzar una tarea trazada. Se toma en cuenta que se puede realizar las metas con diferentes grados de profundidad, conciencia y precisión como una autoevaluación; a través de los juicios, creencias, opiniones y sentimientos. En enfermería una parte fundamental del cuidado es ayudar al paciente en su esfuerzo y uso de habilidades hasta lograr sus metas de recuperación y mantenimiento de la calidad de vida posible.

Ampliando los aspectos descritos Balcázar et al., (citado por Canales & Barra , 2014) precisan que la autoeficacia se relaciona con la voluntad y la capacidad de las personas para influir activamente en diversas conductas de la vida cotidiana, específicamente en los comportamientos de prevención, manejo de enfermedades y condiciones crónicas. Es posible entonces reconocer que los autores coinciden en las definiciones de autoeficacia atributos que pueden jugar un papel esencial en el cumplimiento terapéutico y calidad de vida de las personas con déficit de salud.

Según su etimología del término “eficacia”, proviene del latín *efficere* que, a su vez, es derivado de *facere*, que significa “hacer o lograr”, señala que “eficacia” significa “virtud, actividad, fuerza y poder para obrar”. Esta interpretación de eficacia aplica a las cosas o personas que pueden producir el efecto o prestar el servicio para el que está destinada”. Algo es eficaz si logra cumplir con el objetivo y la palabra auto “significa propio” o “por uno mismo” (Diccionario de la Real Lengua Española, 2018).

Los diccionarios en ingles indican definiciones semejantes. Por ejemplo, el Webster’s International define eficacia (“efficacy”) como “el poder de producir los resultados esperados” (Diccionario de la Real Lengua Española, 2018).

En conclusión, la palabra auto-eficacia, se usa desde años atrás expresando que uno mismo es capaz de cumplir con una tarea u objetivo trazado, y así puede conseguir su meta superando todo obstáculo.

Componentes

La autoeficacia se forma desde la infancia donde la persona vive diferentes situaciones o experiencias. Sin embargo, el desarrollo de esta continua a lo largo de su vida en tanto va adquiriendo habilidades, conocimientos y renovando experiencias de acuerdo a las contingencias

de la vida cotidiana. Durante el proceso de valoración del paciente que demanda cuidado, se tiene en cuenta el historial de vida, que permite comprender capacidades, ritmos y necesidades de apoyo para propiciar respuestas adecuadas. La autoeficacia se forma a partir de la información aportada por un total de cuatro fuentes (Blanco, Ornelas, Viciano & Rodríguez, 2016):

Los logros de ejecución. Son las experiencias pasadas que constituyen la fuente de información de base, que permite replicar el éxito o mejorar los logros aún más; mientras que los fracasos repetidos disminuyen la confianza en nuevos logros, más aún si no se deben a situaciones externas (Bandura, 1993a).

Las experiencias vicarias u observación. Consiste en dejarse guiar por modelos de personas que realizan con éxito ciertas actividades, donde el modelo se convierte en una fuente de inspiración que conduce a creer que él mismo dispone de las capacidades idóneas para alcanzar y desempeñarse con igual éxito. Este factor de la autoeficacia maneja una particularidad, porque a pesar de no tener gran conocimiento ni mayor experiencia en dicha tarea, confían en sus capacidades y/o destrezas para conseguirlo (Villamarín, 1990). La socialización de comportamientos exitosos entre pacientes sobre su situación y experiencias de solución de problemas, es una fuente de referencia que no siempre puede conllevar los predictores de éxito al 100%, porque la situación de salud de cada persona es variable, sin embargo, puede ser de gran aliento para el paciente.

La percepción verbal. Comprende el conjunto de impresiones u opiniones que los individuos desarrollan en su conciencia a partir de lo que escuchan e intercambian en diferentes momentos de diálogo entre pacientes o entre estos y los profesionales de la salud; es una fuente que dispone de un nivel elevado de autoeficacia y necesita reforzamiento, un poco de aliento para aumentar su confianza y alcanzar el éxito (Reyes & Hernández, 2012). Los espacios de

interacción con el paciente son breves, pero vistos como oportunidades, pueden facilitar la convicción que el usuario necesita de esta socialización de experiencias para completar un ciclo de esfuerzos, en favor de sí mismo.

El estado fisiológico del individuo. Se refiere a los múltiples indicadores de activación autonómica, así como los dolores, cansancio, fatiga que pueden ser interpretados por la persona como signos de su propia ineptitud y/o debilidad. Incluso la presencia de estados de ansiedad, estrés o angustia, pueden percibirse como signos de vulnerabilidad, debilidad e indicadores de bajo rendimiento; requiere del profesional mucha sutileza y prudencia para limitar las posibilidades de lograr que el paciente crea en su propia capacidad. Es relevante el manejo del sentido de humor y la expresión adecuada de las emociones, éstas pueden influir en el impacto de los pacientes con sus experiencias de tener que afrontar situaciones no acostumbradas, que comprometen el presente y el provenir de la familia, trabajo y persona (Fernández et al., 2018).

La autoeficacia en el continuo salud-enfermedad

Las expectativas de autoeficacia actúan a nivel motivacional, por lo que pueden modificar los comportamientos o respuestas a los estímulos estresantes que conlleva la pérdida de la salud y los procedimientos necesarios para el tratamiento de diversas enfermedades. En tal sentido se reconoce que las expectativas de autoeficacia pueden:

Ajustar los intentos de desatender las costumbres que dañan la salud: conductas adictivas e inadecuada alimentación.

Determinar el empeño y el compromiso en el cumplimiento del comportamiento favorecedores de la salud, autoimpuestos o prescritos por los profesionales médicos.

Incrementar las capacidades físicas para la recuperación después de traumas físicos y enfermedades incapacitantes, de manera más rápida y en mayor magnitud.

Sin embargo, recalca que dichas expectativas influyen en las actividades diarias del individuo en su salud, afectando su estado emocional, pues parece ser que la percepción de la autoeficacia es una variable crítica del aspecto psicológico al biológico (Villamarín, 1994).

La autoeficacia se relaciona también con la firmeza de la voluntad para llevar a cabo los cambios en las conductas que afectan a la salud. En el caso de la escasa actividad física y los hábitos para la alimentación inadecuados de algunas personas, son difíciles de cambiar, no obstante, la mayoría de las teorías socio-cognitivas asumen que el deseo o intención de una persona de cambiar es el mejor predictor directo de un cambio verdadero. La discrepancia e incongruencia entre la decisión de cambiar y la conducta del logro, se relaciona con diferentes factores individuales, socioculturales y del contexto, que deben ser abordados oportunamente (Schwarzer, 2008).

La autoeficacia percibida se manifiesta a modo de la creencia optimista en las capacidades propias de sobrellevar dificultades que surgen en la etapa del mantenimiento de la conducta, tal es el caso del afrontamiento de una enfermedad crónica. La acogida de un nuevo comportamiento de salud, conlleva al aumento de dificultades inicialmente. Aquellos pacientes que pueden adaptarse con facilidad por lo general tienen una autoeficacia alta, responderán con mejores estrategias, destrezas y ahínco para sobrellevar obstáculos e invertirán mayor empeño en el sostenimiento del nuevo comportamiento de salud (Schwarzer & Gutiérrez, 2009). Un paciente con enfermedad renal crónica al ser informado de que recibirá un tratamiento de hemodiálisis de por vida para sobrevivir, necesita manejar la autoeficacia en el afrontamiento de su realidad y/o mantenimiento de su vida en este periodo cumpliendo las indicaciones en cuanto su salud y sus restricciones para sobrellevar su terapéutica.

Con relación a las conductas preventivas en salud, las personas con alta eficacia pueden iniciar los cuidados preventivos y tratamientos, de manera temprana y con mayor optimismo. Los estudios indican que la alta autoeficacia muestra mayor probabilidad de evaluar su salud para estar menos enfermos o depresivos, y recuperarse más rápido de las dolencias de los pacientes con autoeficacia baja (Grembowski, 1993, citado por Olivari & Urra, 2007).

A la vez la autoeficacia percibida en la recuperación de recaídas, refleja la experiencia de fracasar y ser capaz de recuperarse de recaídas en la ejecución de comportamientos de salud. Ocasionalmente, los individuos experimentan recaídas y caen víctimas del “efecto de violación de la abstinencia”, por lo cual atribuyen su “fallo” a causas internas, estables y globales, hacen un drama del evento y lo interpretan como fracaso consumado, mencionado por Marlatt citado por (Gaspar & Martínez, 2008). Los pacientes renales que dejan de cumplir las restricciones dietéticas y consumen frutas con alto contenido de potasio, luego acuden en condiciones de inestabilidad hemodinámica con riesgo su vida y requieren una diálisis de emergencia, si es que logra llegar a tiempo para estabilizarlo.

Por lo cual, con los estudios mostrados, la autoeficacia es un buen predictor del cumplimiento terapéutico, cuando se educa a las personas sobre estrategias de manejo de la ansiedad, mejora su autoestima y logros con su propio esfuerzo, hecho que permitiría disminuir el índice de las prescripciones terapéuticas (Rodríguez, 2006). Por esta misma razón y con relación a las enfermedades crónicas, es importante comprender los móviles por los que las personas abandonan el tratamiento o se complican fácilmente, estando en sus manos, evitarlo. El rol de la enfermera es relevante al ser próxima, cercana al paciente y a sus experiencias y necesidades, para poder ayudarle a descubrir su propia capacidad para salir adelante.

La percepción del comportamiento del cuidado humanizado

La esencia de Enfermería es el cuidado; en este sentido, Waldow (2014) sustenta que este es un fenómeno que se presenta en el desarrollo del ser humano siendo necesario en varias fases, no obstante; hay algunas situaciones en las que el cuidado es más necesario, como: el nacimiento, la adolescencia, la pérdida de un ser querido, un accidente, una dolencia, la vejez la muerte, entre las más contundentes, comprende experiencias desde el nacimiento hasta la muerte; en salud y enfermedad y en diferentes contextos de la vida social.

Ampliando la definición, Collière (1993) expresa que cuidar “es un acto de vida” (p. 233) que representa un conjunto de acciones direccionadas a permitir que la vida continúe, se reproduzca, a mantenerla y a conservarla. Siendo un acto individual que uno se regala cuando tiene autonomía y un acto de reciprocidad hacia otra persona; tanto temporal como permanentemente se requiere ayuda para satisfacer sus necesidades vitales; ocurriendo estas acciones en circunstancias dando la insuficiencia, la disminución, la pérdida de autonomía que está ligada a la edad; así como en la maternidad o el nacimiento requieren una ayuda específica, también una persona o grupo en crisis y obstáculos en la vida que llegaran a la enfermedad y el accidente.

Teniendo en cuenta que “la enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana, el cuidado humano también involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Por lo cual, al ser considerado el cuidado como intersubjetivo, responde a procesos de salud-enfermedad, interacción persona-medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado” (Cisneros, 2002).

El modo como se ofrece el cuidado, como toda acción humana, es objeto de la percepción; esta es definida como un proceso mental que permite al ser humano organizar de una forma significativa y clara en el interior de sí mismo, toda aquella información obtenida del exterior, promoviéndola conciencia de cuanto le rodea (Rivera & Triana, 2007). En la relación enfermera – persona cuidada, la percepción del cuidado de enfermería marca la interrelación entre ambos, en el modo como se interiorizan las experiencias que tienen que ver con los actos de cuidado: escuchar dudas e inquietudes; hacer cambios posturales para proveer comodidad; tender la mano y apoyarla en el hombro para brindar calma y sosiego, educar; facilitar la compañía de la familia y los amigos o administrar un fármaco para aliviar una dolencia. Todos son espacios donde se consolida el cuidado como técnica y como expresión de interés y preocupación por el otro, llamado también cuidado sensible Waldow (2008) (citada por Alva & Leitón, 2014).

Para Raffino (2019) los procesos de la percepción comprenden tres etapas:

Detección / Exposición. Las personas “solo perciben una porción pequeña de los estímulos que están a su alcance, hay ciertos criterios que hacen un estímulo sea percibido con mayor facilidad”.

Atención / Organización. Se delimitó por la teoría de Gestalt de “las leyes en las que las personas agrupan sus percepciones sobre la base de que el contenido de la percepción no es igual a la suma de las características del estímulo”.

Interpretación. Es la parte final donde se le da “contenido a los estímulos que previamente se seleccionaron y se organizaron”. Es aquí donde resalta la individualidad de cada persona, experiencias y valores.

Gallagher & Kubsch (2009) resalta que en la práctica de clínica, hay que tener en cuenta cómo los pacientes perciben el cuidado y las mejores medidas para proporcionar los cuidados, siendo las conductas asociadas a ellas las que ofrecen un excelente punto de inicio. También es necesario determinar las percepciones individuales de un paciente y sus expectativas únicas. Frecuentemente, los pacientes y las enfermeras difieren en sus percepciones sobre los cuidados. Por esa razón, es necesario centrarse en construir y mantener una relación que permita aprender que es importante para los pacientes.

Los enfoques antes descritos permiten definir que la percepción no es el conjunto de sensaciones, sino un proceso que integra lo lógico, el pensamiento, con lo sensorial; tanto las sensaciones como los estímulos que los producen, se influyen recíprocamente y en conjunto la percepción refleja la vida de la persona en diversas facetas: sus actitudes, intereses, experiencia y orientación general en la vida. Sin embargo, las áreas de salud impregnadas del modelo biomédico y curativo, reduciendo el trabajo humano a lo tecnológico separando del personal de enfermería la calidez humana y holística del cuidado, de esta forma el cuidado holístico se ve dificultado por las múltiples tareas delegados de tipo biomédica quedando relegado acciones como la comunicación eficaz y el interactuar con el paciente y familia en forma cercana denominado por Watson el cuidado transpersonal, dichas acciones valorizadas por los usuarios (Rodríguez, 2015).

La atención a las preocupaciones del paciente y la proximidad física, todas expresan enfoques reconfortante, centrado en el paciente; la percepción de los pacientes durante periodos de enfermedad o cuando una persona busca la orientación profesional de una enfermera, la afectividad es esencial para ayudar a la persona a alcanzar resultados positivos (Potter, Stockert, Perry & Hall, 2019).

Según la American Organization of Nurse Executives (AONE, 2015), la percepción del cuidado enfermero, es el centro de la enfermería, el punto clave a partir del cual el profesional de enfermería construye experiencias significativas para el paciente; crece el paciente en conocimientos, habilidad para cuidar de sí mismo y actitud positiva al mismo tiempo que crece quien cuida por el intercambio de experiencias entre seres humanos.

Las teorías del cuidado brindan gran referencia para comprender las conductas y los procesos del cuidado en sí, donde son percibidas las enfermeras. Watson (citada por Rivera & Triana, 2007) resalta que, enfermería es quien tiene como prioridad conseguir y mantener la armonía tanto de mente, cuerpo, alma y a la vez ir forjando procesos de autovalía como autocuidado, autoconocimiento y autocuración.

Potter, et al. (2019) refiere a su vez, que los pacientes continúan valorando la efectividad de las enfermeras al realizar sus tareas siendo más específicos en la dimensión afectividad de los cuidados de enfermería. Para Gallagher & Kubsch (2009), los pacientes cuando sienten que los profesionales de salud son sensibles, empáticos, compasivos y están interesados en ellos como personas, se vuelven parte del plan de cuidado; por ende, los pacientes esperan de sus cuidadores ese tipo de cuidado y así proporcionan unas directrices útiles para la práctica.

Swanson (1991) (citado por Cisneros, 2002) en donde recalca que el cuidado es una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado, hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal.

Dimensiones de la percepción del cuidado humanizado

La percepción del cuidado humanizado integra tres categorías: a) priorizar el sujeto de cuidado-la persona; b) apertura a la comunicación enfermero paciente y c) cualidades del hacer de la enfermería.

Priorizar el sujeto de cuidado: la persona

En esta dimensión se prioriza al sujeto de cuidado, que es tratado como ser único, que participa en la antigüedad del cuidado de enfermería, donde es prioridad el respeto por su subjetividad, es decir, respeto a sus creencias, valores, su lenguaje, sus decisiones. El cuidado de enfermería se destaca por construir relaciones intersubjetivas y terapéuticas entre enfermera/o y sujeto de cuidado paciente basadas en la confianza, el respeto y la presencia auténtica. Equivale a señalar que la presencia de la /el enfermera/o, cuya intencionalidad es o se conoce y conectar con la experiencia de salud del otro e involucra un “estar ahí”, y una preocupación inefable por el otro como persona que genera en esta sentirse cuidado en su integridad como persona (González, 2015).

En el mismo sentido, Boff (1993) argumenta que las personas no tienen cuidado sino son cuidado, profundiza en la dimensión ontológica; es decir, el cuidado existe tal como existe la vida misma, sin cuidado el ser humano no tendría vida y, en este sentido, el autor ofrece una faceta de profundo significado filosófico coincidente con autores como Heidegger (1970) y Collière (1993).

El cuidado definido de esta manera es un fenómeno donde se manifiesta la vulnerabilidad humana que demanda el acto de cuidar y el compromiso de quien se preparó y optó por el cuidado como profesión; esto quiere decir que el cuidado posee una dimensión que forma parte de cada ser humano (Raile & Marriner, 2011).

Priorizar a la persona cuidada es reconocer su capacidad afectada para cuidar de sí mismo, decisión que toma la enfermera a fin de suplir el déficit, tal como lo concibe (Orem, 1969, citado por Raile & Marriner, 2011); el propósito de priorizar al ser cuidado se orienta, a fomentar la atención de sus necesidades básicas como medio indispensable para mantener la

independencia y participación en el proceso recuperativo (Henderson en Raile & Marriner, 2011).

Apertura a la comunicación enfermero paciente

La apertura es dada por parte de quien brinda el cuidado permite establecer una relación dialéctica, entre el profesional de enfermería y la persona cuidada, primordial para el crecimiento mutuo, la adopción y/o mantenimientos de conductas saludables. Esta dimensión contiene atributos de interacción entre los que se considera, la mirada atenta, la escucha activa, el dialogo y la adopción de actitudes como la proactividad y la de estar en disposición para el cuidado del otro. Se refleja en acciones vinculadas a proporcionar información oportuna, clara y suficiente acerca de su situación de salud para que puedan tomar decisiones que promuevan el cuidado, responder preguntas en un lenguaje comprensible, explicar los procedimientos, y proporcionar orientaciones promotoras de salud (González, 2015).

Watson, en uno de sus conceptos principales, resalta la promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal, en el cual el profesional de enfermería separa el cuidado de la curación, donde al paciente estar informado, cambiando la responsabilidad de enfermería por el bienestar y salud del paciente, en el cual la enfermera brinda la técnica de enseñanza y aprendizaje para que los pacientes realicen el autocuidado, de acuerdo a sus necesidades personales y para su crecimiento personal.

Como lo menciona Orem en su teoría del autocuidado, basándose en la práctica de enfermería donde, se define como el momento en el cual la enfermera interviene de acuerdo a la situación presente o nivel de incapacidad del autocuidado de calidad y cantidad necesaria; teniendo en cuenta que los seres humanos son dinámicos, unitarios, en proceso de cambio con libertad a elegir como tantas otras cualidades, teniendo la capacidad de aprender a realizar su

autocuidado, relacionando acciones con el fin de promover, mantener la vida, la salud y el bienestar de forma voluntaria, deliberada a favor de su salud, basándose en la ciencia de enfermería de apoyo de desarrollo (Raile & Marriner, 2011).

En la misma dimensión, Levine, en su modelo de conservación, sustenta la necesidad de crear una relación mutua sólida, orgánica y programada entre diversas actividades y parte de un todo, basados en la globalidad del ser y la interdependencia con su entorno (Raile & Marriner, 2011).

Waldow (2014) Los pacientes con enfermedades graves, en la fase del sufrimiento por el dolor y por la finitud que se acerca es inevitable, son seres de extrema vulnerabilidad y necesitan de cuidado especial. Por ello, los cuidadores deben estar listos para brindar un cuidado con confort, tanto físico como espiritual, utilizando técnicas de relajamiento, transmitiendo seguridad tanto con gestos, miradas y palabras como en el silencio, coraje, solicitud y compasión. Siendo la escucha el cuidado de mayor valoración e incluso cuando el paciente no desea hablar, con un toque, una mirada cariñosa o tan solo el estar ahí a su lado en silencio marca un hecho diferencial.

Peplau (1972) (citada por Raile & Marriner, 2011) sustenta los esquemas útiles en aspectos cambiantes durante las interacciones enfermera-paciente, precisando seis roles de la enfermera: extraño, persona de recursos, profesor, líder, sustituto y asesor, además de detallar el análisis de experiencias psicológicas que conducen a desarrollar respuestas constructivas frente a necesidades, frustraciones, conflictos y ansiedades que experimenta el paciente.

El cuidado humano, debe ser demostrado y practicado en las relaciones interpersonales.

Las contribuciones sociales, morales y científicas de la enfermería a la humanidad y a la sociedad residen en los compromisos con los ideales humanos en la teoría, la práctica y la investigación (Guerrero et al., 2016).

Cualidades del hacer de enfermería

Comprende el conjunto acciones dirigidas hacia el apoyo emocional, tales como: la comprensión, la empatía, la presencia y escucha activa durante la expresión de sentimientos, la preocupación por el estado emocional del otro, el cuidado por su intimidad y la responsabilidad hacia el otro (González, 2015).

Waldow (2014) resalta los comportamientos y actitudes que destacan de las enfermeras son: respeto, gentileza, consideración, interés, disponibilidad, solicitud, y ofrecimiento de apoyo, seguridad, confianza y solidaridad. Las enfermeras mientras brinden un cuidado con competencia, demostrando habilidad y conocimiento en sus actos los pacientes se sentirán seguros siempre que estos estén acompañados consideración, comprensión con toques de amabilidad, respetuosos. Siendo considerados como lo que son seres humanos y no como objetos.

Escobar & Sanhueza (2018) expresan que el proceder de la enfermera está sustentado en los patrones de conocimiento en las esferas ética, personal, estética y empírica, elementos que caracterizan el cuidado de enfermería experto, reflexivo y crítico. Comprende momentos en donde el cuidado esta brinda soporte físico y a preservar la dignidad del otro, entre las más destacadas es, la respuesta oportuna al llamado, la identificación de las necesidades de tipo físico, psicoemocional y espiritual de la persona, el confort, en el manejo del dolor y la administración de la terapéutica a requerimiento.

Fortalece esta dimensión, Travelbee quien manifiesta el valor de solidarizar, desarrollar empatía y promover la espiritualidad en el encuentro entre la enfermera (o)-paciente. Poniendo énfasis en la comprensión, la transferencia y otros recursos emocionales de la enfermera (Raile & Marriner, 2011).

Modelo teórico

La teoría de la Autoeficacia de Albert Bandura

Desde los años noventa la teoría de la autoeficacia ha sido base de estudios empíricos en ámbitos tan diversos de la salud, como son el alcoholismo, el hábito de fumar, el trastorno psicológico del dolor, trastornos alimentarios, el estrés, la rehabilitación postinfarto o la prevención del sida y el cumplimiento de prescripciones terapéuticas (Villamarin, 1994).

La teoría de la autoeficacia (Bandura, 1993b) aborda el discernimiento conceptual entre:

Expectativas de eficacia o auto – eficacia; o la convicción, capacidad percibida para ejecutar con éxito un determinado comportamiento o conducta requerida para conducir cierto resultado deseado.

Expectativas de resultados o de acción – resultados, es la probabilidad percibida de que un comportamiento o una conducta produzca determinados resultados (Villamarin, 1994).

El autor refiere que, los dos tipos de expectativas intervienen en gran porcentaje como definitivo para la elección de actividades, del esfuerzo y de la persistencia en las actividades elegidas, de los patrones de pensamiento y de las respuestas emocionales, siendo estos factores definitivos en la conducta del individuo.

Teniendo en cuenta que las expectativas tanto de eficacia como de resultados, se conciben no como variables globales y estables, sino como cogniciones específicas y cambiantes,

que se forman y se reelaboran constantemente a partir del procesamiento y la integración de la información procedentes de diferentes fuentes ya mencionadas (Fernández et al., 2018).

Las expectativas de autoeficacia y de resultados se relacionan estrechamente en sí, conduciendo a determinadas consecuencias conductuales y emocionales. Como puede apreciarse, cada una de estas emociones derivadas puede contribuir, a modo de retroalimentación, al fortalecimiento o debilitamiento de la sensación de autoeficacia.

Por lo cual, en la teoría de autoeficacia es importante analizar cómo se encuentra la motivación de cada uno, a la hora de emprender un proyecto de vida. Si las expectativas de autoeficacia y de resultados son altas, se sentirán contentos y motivados. Si ambas están bajas se sentirán apáticos y desmotivados, y es probable que recurran a la procrastinación. Pero si las expectativas de eficacia son altas, sin embargo, las de resultados son bajas, se enfadarán y estarán frustrados. Y si son las expectativas de resultados las que son bajas, estarán tristes y con la autoestima baja (Roca, 2002). La interacción con personas en situación de enfermedad amerita conocer esta dinámica.

El estudio se ha enfocado en investigar la “influencia de las expectativas de eficacia”, donde constituye la aportación más novedosa de la teoría de la autoeficacia. Señalando también que en esta teoría, reconoce de forma explícita que las expectativas no agotan los determinantes de la conducta, porque para mantener unas altas expectativas de eficacia y de resultados, se necesita tener como mínimo habilidades y/o destrezas y los bienes necesarios (Villamarin, 1994).

Moreno, Garrosa & Gálvez (2005) señalan que el papel de la autoeficacia en situaciones estresantes o amenazantes generarán “unas expectativas sobre los resultados en función de la convicción por parte del individuo de que no sólo posee los recursos de afrontamientos

necesarios, sino que además es capaz de mantener una flexibilidad adaptativa que le permita controlar las demandas de la situación. Los efectos motivacionales de esa auto percepción influirán de forma que si existen expectativas de autoeficacia se facilitará la elección de comportamientos saludables autoimpuestos o de prescripción médica, la persistencia para abandonar hábitos perjudiciales para la salud o estrategias de afrontamientos adecuados ante situaciones difíciles como una enfermedad incapacitante, por ejemplo. A su vez, el producto psíquico de la autoeficacia formará una percepción de control en donde la salud será un bien importante y modificable partiendo del sujeto mismo.

Sin embargo, las personas que perciben con alta autoeficacia una mejor perspectiva de calidad de vida e inculpan sus recaídas a efectos de circunstancias alternas a las cuales cualquiera podría estar expuesto, por lo cual buscan la forma para un pronto restablecimiento de salud y recuperación de su calidad de vida como paciente crónico (Schwarzer & Gutiérrez, 2009).

Toda persona ha trazado objetivos a conseguir en su vida, sin embargo, no todos confían que ese plan a realizar sea algo posible al cien por ciento. Las personas con autoeficacia alta están muy interesadas en cumplir sus tareas, laboral y/o actividad trazada porque resulta estimulante para ellos alcanzar su meta, es un compromiso consigo mismos. Por el contrario, quienes poseen baja autoeficacia evitan tareas, trabajos, no se trazan objetivos, proyectan a pérdida o debilidad, piensan que nunca alcanzarán la meta, por estimarla por encima de sus posibilidades, situación que radica en el temor y en la falta de decisión para correr riesgos. (Bandura, 1993b).

La teoría de Cuidado Humanizado de Jean Watson

Watson reafirma que, el cuidar es el punto importante de la labor de enfermería; incluso el más importante en la interacción con la persona enferma; quien permanece la mayor parte del

tiempo en centros de alta complejidad tecnológica y desvinculado de su medio familiar. En este medio se presentan las demandas, las exigencias, la poca cobertura, limitaciones de tiempo en el entorno de los cuidados dejando poco espacio para la práctica afectiva lo que da como consecuencia que el personal de enfermeros y otros sanitarios estén insatisfechos con su labor poco receptivos e indiferentes ante las necesidades de los pacientes (Potter et al., 2019).

Cuando la autora describe el cuidado transpersonal se refiere a que los cuidados son los elementos principales de la enfermería y son fundamentales para mantener las raíces éticas y filosóficas de la profesión, esta teoría rechaza la orientación de la atención sanitaria hacia la enfermedad y coloca al cuidado ante la curación (Watson, 2008, citado por Alva & Leitón, 2014). El cuidado de enfermería se centra en el cuidado transpersonal busca fuentes más profundas de curación interna para proteger, mejorar y preservar la dignidad de la persona, su humanidad, su integridad y su armonía interior (Potter et al., 2019).

Según Watson, el cuidado se convierte en algo casi espiritual. Preserva la dignidad en el sistema de atención sanitaria dominado por la tecnología y por la curación. Esta relación explica cómo el profesional de enfermería va más allá de un análisis objetivo de la situación del paciente, mostrando preocupación e interés hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud. Esta evaluación destaca la cualidad de ser único tanto del paciente como del cuidador, y también la mutualidad entre los dos individuos, que es fundamental a la relación. Teniendo en cuenta que entre ambos nace una conexión tanto para el profesional de enfermería de cuidarlo como para el paciente de cuidarse no tan solo físico sino holísticamente hasta la trascendencia espiritual de sufrimiento (Watson, 2010, citado por Olivé & Isla, 2015).

La importancia de los momentos del cuidado tiene en cuenta “el foco en el espacio y el tiempo, en que la enfermera y otra persona comparte tiempo juntos donde interactúan entre ambos, de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Ambas personas, con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la posibilidad de venir juntos a una transacción humana a humano. En el campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y de las percepciones de uno mismo, todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado de uno mismo. No una simple meta para quien es cuidado, insiste que la enfermera, como ofertante de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente” (Galvis, 2015).

Watson explica la importancia de la relación de los valores del cuidado humano y sus supuestos; siendo la ocasión del cuidado la que permite el descubrimiento de sí mismo. Estas influencias y valores son claramente expuestos en sus once supuestos:

El cuidado y el amor ya que es lo más misterioso de las fuerzas cósmicas que se puede sentir más que explicar.

La asistencia y el amor, siendo enfocado más en el ser que en el hacer.

Deja claro que enfermería es una profesión que cuida, sus habilidades para mantener la ideología del cuidado en la práctica profesionales y /o contribución en la sociedad.

Demostrar a través que nuestros propios comportamientos el amor hacia uno mismo y la dignidad de brindar estos cuidados siendo un paso previo al cuidado de los demás.

Brindando un cuidado humano en la salud-enfermedad.

Siendo esta atención tanto individual como grupal.

La base de la asistencia de enfermería ha destacado con más realce por los avances tecnológicos y pese a los obstáculos institucionales.

Para la enfermería actual es un proceso trascendental y futuro, preservando y evolucionando el cuidado.

Capítulo III

Metodología

Descripción del lugar de ejecución

El hospital Militar Central de Categoría III – 1 (Nivel III de complejidad y Nivel 1 de Atención), denominado Coronel Luis Arias Schreiber, que brindan medidas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud a los militares del Ejército Peruano y familia tanto del departamento de Lima como del interior del país de los policlínicos militares. Se ubica en la avenida José Faustino Sánchez Carrión, en el distrito de Jesús María, en la ciudad de Lima. El área de Unidad Renal – Hemodiálisis del Servicio de Nefrología está ubicado en el 3er piso del Pabellón B-3-1, el personal de salud asistencia consta de: 04 médicos nefrólogos, siete licenciadas de enfermería especialistas en nefrología y siete técnicas de enfermería especializadas en el área, donde se atienden pacientes de áreas hospitalarias tanto como Unidad de Cuidados Intensivos-Emergencia y ambulatorios, donde todos ingresan a un programa para tener tarifa gratuita, que proceden de cualquier punto del ámbito nacional.

Es una unidad que brinda tratamiento dialítico, de nueve a diez pacientes por turno teniendo 4 turnos (lunes, miércoles y viernes), que de acuerdo a requerimiento se activa un 5to turno; y 3 turnos (martes, jueves y sábado), contamos con 12 máquinas de hemodiálisis donde 01 está inoperativa y 12 sillones para hemodiálisis donde 01 está inoperativo, una planta de agua situado en el 4to piso superior al área del tratamiento dialítico, cubriendo un corto tiempo de estancia de ellos, entre tres a cuatro horas interdiarias de terapia dialítica, solo ingresan pacientes con acceso vascular (fistula arterio-venosa, catéter venoso central o injerto) con daño renal grado V (insuficiencia renal crónica terminal) y algunos casos de insuficiencia renal aguda, en donde la enfermera durante ese tiempo se encarga de su cuidado, teniendo a cargo a un promedio de

cuatro a cinco pacientes por enfermera, brindando durante este tiempo un cuidado holístico a cada uno de los pacientes de acuerdo a requerimiento.

Población y muestra

Población.

La población estuvo constituida por 60 pacientes entre ambulatorios y hospitalizados tanto titulares como familiares, que son todos los pacientes que asisten al programa de hemodiálisis, Servicio de Nefrología, Unidad Renal de Hospital de Militar Central.

Muestra.

La muestra fue censal, es decir integrada por el total de pacientes entre ambulatorios y hospitalizados, siendo 60 pacientes tanto militares como familia de militares, seleccionados por muestreo no probabilístico a conveniencia. Se tomó la totalidad de los pacientes del programa para tener un mayor conocimiento de la problemática existente, considerando los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión y exclusión.

Criterio de inclusión.

Pacientes adultos con más de 3 meses de permanencia en hemodiálisis.

Con capacidad de comunicación verbal conservada.

Criterio de exclusión.

Pacientes del programa que no acepten participar en la investigación.

Pacientes con nivel de conciencia comprometida

Tipo y diseño de investigación

El presente estudio de investigación fue de naturaleza cuantitativa, tipo descriptivo, ya que resalta las características que describe el comportamiento del cuidado (González, 2015);

según el alcance de los resultados, fue de tipo correlacional porque estableció relaciones entre las variables y sus dimensiones. El nivel de la investigación es básico, y según el número de observaciones realizadas en un momento dado, el estudio es transversal.

El diseño fue no experimental por cuanto se estudió el comportamiento de las variables tal como se da en la realidad (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2014).

Formulación de hipótesis

Hipótesis general

Hi: Existe relación directa entre la percepción del comportamiento cuidado humanizado y la autoeficacia del paciente en hemodiálisis en el hospital Militar Central.

Ho: No existe relación directa entre la percepción del comportamiento cuidado humanizado y la autoeficacia del paciente en hemodiálisis en el hospital Militar Central.

Hipótesis específicas

Ha: La apertura a la comunicación enfermera paciente, se relaciona directamente con la autoeficacia de los pacientes en hemodiálisis en el hospital Militar de Lima.

Ha: La disposición para la atención, se relaciona directamente con la autoeficacia de los pacientes en hemodiálisis en el hospital Militar de Lima.

Ha: Las cualidades del hacer de enfermería, se relaciona directamente con la autoeficacia de los pacientes en hemodiálisis en el hospital Militar de Lima.

Identificación de variables

Variabes principales:

Variable 1: Percepción del comportamiento cuidado humanizado

Variabes 2: Autoeficacia

VARIABLES SECUNDARIAS: Edad del paciente, sexo, grado de escolaridad, tiempo de enfermedad y tiempo de tratamiento de hemodiálisis.

Operacionalización de variables

Tabla 1

Variable 1: Percepción del comportamiento del cuidado humanizado

Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala / valor final de la variable
<p>Son las conductas únicas e irrepetibles que realiza la enfermera en el cuidado al paciente, siendo determinantes en la forma cómo se desenvuelve la relación entre la enfermera y el paciente. Es influida por múltiples factores, no obstante, es un medio valioso para explicar la práctica de atributos del ser y quehacer del profesional de enfermería y su impacto en el usuario. (Rivera & Triana, 2007).</p>	<p>Son las respuestas proporcionadas por los pacientes del servicio de hemodiálisis, registradas a partir de la aplicación del instrumento “Percepción del cuidado humanizado de enfermería PCHE 3ª versión”. Se administrará y aplicará de manera inmediata durante la jornada de tratamiento dialítico y espera de atención del paciente.</p>	<p>1. Priorizar el sujeto de cuidado (la persona).</p>	<p>Considerando los ítems: 7, 8, 12, 13, 14, 21 y 23.</p>	<p>Escala de Likert, los indicadores se valoran de la siguiente manera: 1= Nunca 2= Algunas veces 3= Casi siempre 4= Siempre</p> <p>Los baremos de la primera dimensión Son:</p> <p>Siempre: 28 -27 puntos Casi Siempre: 26 – 25 puntos Algunas veces: 24 – 20 puntos Nunca: 19 – 7 puntos</p>
		<p>2. Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona.</p>	<p>Considerando los ítems: 10, 11, 15, 16, 17, 18, 20 y 25.</p>	<p>Escala de Likert, los indicadores se valoran de la siguiente manera: 1= Nunca 2= Algunas veces 3= Casi siempre 4= Siempre</p>

3. Cualidades del hacer de enfermería	Considerando los ítems: 9, 19, 22, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37 y 38.	<p>Los baremos de la primera dimensión</p> <p>Son:</p> <p>Siempre: 32 - 30 puntos</p> <p>Casi Siempre: 29 - 27 puntos</p> <p>Algunas veces: 26 -21 puntos</p> <p>Nunca: 20 - 8 puntos</p> <p>Escala de Likert, los indicadores se valoran de la siguiente manera:</p> <p>1= Nunca</p> <p>2= Algunas veces</p> <p>3= Casi siempre</p> <p>4= Siempre</p> <p>Los baremos de la primera dimensión</p> <p>Son:</p> <p>Siempre: 68 – 65 puntos</p> <p>Casi siempre: 64 - 59 puntos</p> <p>Algunas veces: 58 - 50 puntos</p> <p>Nunca: 49 – 17 puntos</p>
---------------------------------------	---	--

Tabla 2

Variable 2: Autoeficacia

Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala / valor final de la variable
La autoeficacia, o las creencias en tus habilidades para tratar con las diferentes situaciones que se presentan, juegan un rol importante no solamente en la manera de sentirte respecto a un objetivo o tarea, sino que será determinante para conseguir o no las metas en tu vida. El concepto de autoeficacia es un aspecto central en la psicología, ya que enfatiza el rol del aprendizaje observacional, la experiencia social, y el impacto en el desarrollo personal de una persona (Bandura & Bandura, 1977)	Se medirá aplicando la escala de autoeficacia general, esta mide la percepción que tiene la persona respecto de las capacidades para manejar en su vida diaria en diferentes situaciones estresantes, o que conllevan desafíos de adaptación; serán evaluados en 10 ítems, en escala ordinal.	Autoeficacia General (unidimensional)	Los ítems que corresponden a esta unidimensión son: 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47 y 48.	Escala de Likert, los indicadores se valoran de la siguiente manera: 1= Incorrecto 2= Algo cierto 3= Mas bien cierto 4= Cierto Los baremos de la medición de 10 puntos como mínimo y 40 puntos como máximo.

Técnica e instrumentos de recolección de datos

Cuestionario.

El instrumento para la recolección de los datos está dividido en tres partes: la primera parte recopila datos generales de los participantes, la segunda la percepción del comportamiento del cuidado humanizado y la tercera parte, la autoeficacia generalizada.

Las características generales de los participantes se obtienen a través de seis preguntas, donde se incluye (edad, sexo, grado de escolaridad, ocupación, tiempo de enfermedad y tiempo de tratamiento en hemodiálisis).

El instrumento de “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE)” que se utilizó es el propuesto por González (2015) en su 3ª versión”, el cual es producto de la revisión de los instrumentos PCHE en su 1ª y 2ª versión, de autoría de la enfermera Luz Nelly Rivera Álvarez y el enfermero Álvaro Triana, a partir de las investigaciones en la Clínica del Country, Bogotá-Colombia en 2005 (Rivera & Triana, 2007). El instrumento PCHE 3ª versión consta de tres dimensiones: cualidades del hacer de enfermería con siete ítems (siendo las preguntas: 7, 8, 12, 13, 14, 21 y 23), apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente con ocho ítems (siendo las preguntas: 10, 11, 15, 16, 17, 18, 20 y 25) y disposición para la atención con 17 ítems (siendo las preguntas: 9, 19, 22, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37 y 38); haciendo un total de 32 ítems; la medición de los ítems se realiza a través de una escala tipo Likert de cuatro puntos valorados de la siguiente manera: 4:=Siempre, 3:=Casi Siempre, 2=Algunas veces, 1=Nunca.

La investigadora solicitó autorización al autor de la tercera versión del instrumento y a los autores de las primeras versiones a través de un correo electrónico, obteniendo los permisos

correspondientes a través de un acuerdo del uso del instrumento con una carta de compromiso a ser respetados (ver apéndice 6).

La tercera parte consta de la Escala de Autoeficacia Generalizada desarrollada por Schwarzer y Jerusalem (1979) en Alemania, el cual mide la percepción que tiene la persona respecto de sus capacidades para manejar su vida diaria en diferentes situaciones estresantes. Más tarde, en 1981, reducen esta versión alemana de 20 a 10 reactivos, siendo traducida a 28 idiomas. La Escala de Autoeficacia General que se utilizará en el presente estudio es la versión en español de Bähler, Schwarzer y Jerusalem (1993) conformada de 10 reactivos con un puntaje mínimo de 10 puntos y un máximo de 40 puntos (Cid , Orellana , & Barriga, 2010). Se trata de una escala de medición tipo Likert de cuatro puntos, teniendo 4 rangos de respuesta, en la siguiente puntuación: 01=Incorrecto, 02=Algo Cierto, 03=Mas Bien Cierto, 04=Cierto

Se solicitó los permisos correspondientes al autor de la versión original a través de un correo electrónico, obteniendo su consentimiento para su uso a través de licencia libre que se encuentra disponible en la web (ver apéndice 6).

Validez y confiabilidad del instrumento

El PCHE 3ª versión es un instrumento que presenta un índice de validez de contenido de 0.98 por el grupo de ocho expertos, en el análisis factorial, se obtuvo una prueba de KMO de 0.956 y una prueba de esfericidad de Bartlett de 0.0; estos indicadores permitieron calcular las cargas factoriales de la tercera versión del instrumento y así determinar estadísticamente el constructo del instrumento en su versión final en tres factores (González, 2015). Este instrumento ha sido aplicado en varios países reportando el cual es un instrumento válido y confiable para su aplicación en ámbitos hospitalarios con una prueba de confiabilidad de 0.96 (Huerta, Hernández, Méndez, & Salinas, 2018).

Para el uso del instrumento en esta investigación también se realizó la revisión del contenido a través de 10 expertos, considerando que el instrumento no fue aplicado en la realidad peruana, los expertos recomendaron modificar el artículo neutro “le, que se anteponía a algunos ítemes) por lo que fueron retirados oportunamente.

El grado de concordancia obtenido fue de V de Aiken = 0.9954. Se aplicó una prueba piloto a 30 pacientes en hemodiálisis con la finalidad de identificar inconvenientes en la recolección y calcular la confiabilidad del instrumento. Los inconvenientes reportados fueron en el ítem 23 (le demuestran respeto por sus creencias) dicha duda fue absuelta diciendo que “no solo es en el aspecto religioso, sino en sus hábitos y costumbres de usted”.

Se calculó la confiabilidad del instrumento sobre percepción del comportamiento del cuidado, obteniéndose un valor del coeficiente α de Cronbach = 0.851 (Apéndice 4).

Con respecto a la autoeficacia generalizada el instrumento también tiene una alta difusión en diferentes idiomas, la versión elegida para este estudio fue la de la Escala de Autoeficacia General versión en español de Bähler, Schwarzer & Jerusalem (1993) adaptada a la realidad chilena (Cid et al., 2010). El instrumento fue sometido a juicio de expertos y, posteriormente, a un análisis de correlación de los ítems para identificar la homogeneidad de la medición. Para tener una mayor seguridad que el instrumento es válido y confiable en el contexto peruano y en pacientes con hemodiálisis la investigadora sometió a juicio de 10 expertos, no se recibieron comentarios mayores al respecto, el índice de concordancia fue V de Aiken = 0.9835. Se aplicó una prueba piloto a 30 pacientes también con la finalidad de identificar dificultades al momento de responder el instrumento y para calcular la confiabilidad. Se presentaron preguntas en relación al ítem 1 (siendo la pregunta 39: puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero, aunque alguien se me oponga) tales como “es una pregunta muy fuerte, duda acerca de si se puede

presentar en una posición como paciente”, la confiabilidad reportada del instrumento fue de un valor del coeficiente α de Cronbach = 0.765. El análisis de correlaciones y escala si se elimina el elemento sugieren prestar atención al ítem 1 (pregunta 39) el mismo que desencadenó preguntas al momento de la evaluación; para superar estos eventos la investigadora optó por tener una explicación clara al momento de la ejecución real del instrumento (Apéndice 4).

Proceso de recolección de datos

La técnica de recolección de datos fue la encuesta, apoyada por un personal encuestador ya que los pacientes en su mayoría estuvieron recibiendo su tratamiento dialítico-hemodiálisis y/o en la sala de espera previo a la recolección de datos se solicitó la autorización del Director General de Brigada del Hospital Militar Central Erwin Solís Ochoa, a la jefatura de enfermería del Hospital Militar Central a cargo de la Lic. Andrea Chávez Méndez. Se coordinó con la jefatura de servicio de Nefrología y luego de un consentimiento verbal y por escrito, se solicitará a los pacientes de hemodiálisis que llenen el cuestionario correspondiente para el estudio.

La investigadora fue responsable de la obtención de datos en una duración de 35 días, a razón de 40 minutos por paciente; la preparación abarcó seis días en promedio, entre las solicitudes de permisos a la institución, coordinaciones con las jefaturas del servicio y la ejecución de 27 días donde se aplicó el instrumento en turnos de mañana, tarde y noche, según disponibilidad de los participantes, procesamiento y análisis de datos, elaboración de la discusión y conclusiones, en donde se entregó el informe final.

Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de datos se realizó utilizando el software SPSS v25 para Windows. Previamente se codificarán los datos y se realizará la limpieza de estos.

Se utilizó estadística descriptiva obteniendo la media de los datos. Para el análisis inferencial de la relación de la variable x sobre la variable y, se aplicó previamente se la prueba de normalidad. Seguidamente se procedió al uso del estadístico no paramétrico según el coeficiente de correlación de Spearman. Para la comprobación de los supuestos de normalidad, se utilizó la prueba de Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors.

Consideraciones éticas

Se solicitó el permiso a la institución para la aplicación del trabajo de investigación, de acuerdo con la normativa. Asimismo, se respetó el principio de autonomía, al solicitar el consentimiento informado a los pacientes del servicio de hemodiálisis encuestados, donde los participantes autorizaron su participación en el estudio con el consentimiento informado en donde se da a conocer el objetivo, propósito y beneficio al participar de la investigación, del mismo modo, se respetó el derecho a la confidencialidad de la información mediante el anonimato. De acuerdo con los principios que establecen las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) y en cumplimiento de los artículos 8 y 14 de la resolución 008430/1993, se protege la privacidad del participante, se explican las consideraciones éticas y se firman consentimientos informados (Bautista, 2015).

Los principios de honestidad se aplicaron mediante la cita de referencias de los autores, en la rigurosidad del cumplimiento del procedimiento adecuado para presentar los datos y la veracidad al presentar los resultados. Así mismo, se realizó la solicitud correspondiente a los distintos autores de los dos instrumentos que se utilizó en esta investigación. Para el primer instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3ª versión" se obtuvo el permiso de los creadores de dicho instrumento Luz Nelly Rivera Álvarez y el enfermero Álvaro Triana quienes enviaron por email su autorización - firmas y se les escaneo

el compromiso de sus normas para su utilización y en el segundo instrumento de autoeficacia generalizada por los autores Schwarzer y Jerusalem, quien nos dio referencia que no brindan permisos formales sino que podemos usar su instrumento sin mayor problema ya que ha sido traducido a más de 20 países y nos brinda la libertad de uso.

Capítulo IV

Resultados y Discusión

Resultados descriptivos

La presente sección presenta los resultados de los participantes en el estudio que fueron un total de 60 pacientes con tratamiento de hemodiálisis, representado por un 65% de varones y 35% de mujeres, de los cuales el 85% no ejerce ocupación alguna, a pesar de tener una cantidad mayoritaria de 63.3% estudios superiores. El 50% de los participantes son mayores de 62 años, presentando un tiempo de enfermedad promedio de $\bar{X}=7.99$ años con una variabilidad de 7.70 años respecto a la media, el 50% de los participantes tiene la enfermedad por más de cinco años, en cuanto al tiempo de tratamiento en hemodiálisis, el 50% lleva recibéndolo por más de tres años, contando con participantes que llevan tres meses (0.25 años) de tratamiento hasta personas que tienen 19 años recibéndolo (Apéndice H1).

Tabla 3

Percepción del comportamiento del cuidado humanizado de los pacientes en hemodiálisis del hospital Militar Central, Lima 2019

Variable y dimensiones	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Percepción del comportamiento del cuidado humanizado	1	1.7	4	6.7	6	10.0	49	81.7
Priorizar el sujeto	1	1.7	2	3.3	7	11.7	50	83.3
Apertura a la comunicación	1	1.7	6	10.0	6	10.0	47	78.3
Cualidades del hacer de enfermería	0	0.0	4	6.7	8	13.3	48	80.0

La Tabla 3 muestra la percepción que tienen los pacientes de la Unidad Renal - Hemodiálisis del comportamiento del cuidado humanizado, de manera global un 81.7% percibe siempre un cuidado humanizado, casi siempre un 10%, algunas veces un 6.7%, y nunca un 1.7%.

En cuanto a la distribución de la percepción respecto a las dimensiones del comportamiento del cuidado humanizado el nivel más alto en un 83.3% siempre prioriza el sujeto, el 78.3% siempre percibe apertura a la comunicación, y el 80.0% siempre percibe las cualidades del hacer de enfermería.

Tabla 4

Autoeficacia de los pacientes en hemodiálisis del hospital Militar Central, Lima 2019

Variables	Min	Max	Me	RI	\bar{x}	S
P1	1	4	4	0.00	3.78	0.640
P2	2	4	4	0.00	3.87	0.468
P3	1	4	4	0.00	3.73	0.578
P4	1	4	4	0.00	3.78	0.613
P5	1	4	4	0.00	3.80	0.605
P6	2	4	4	0.00	3.72	0.613
P7	1	4	4	0.00	3.72	0.666
P8	1	4	4	0.00	3.82	0.537
P9	1	4	4	0.00	3.72	0.666
P10	2	4	4	0.00	3.87	0.468
Autoeficacia Generalizada	21	40	40	3.75	37.80	4.194

La Tabla 4 presenta la autoeficacia de los pacientes de hemodiálisis. El análisis de las puntuaciones para cada uno de los ítems que miden la autoeficacia muestran que más del 75% de los participantes alcanzaron la puntuación máxima de autoeficacia ($Me=4$; $RI=0.00$), obteniéndose las puntuaciones medias más bajas en los ítems 6 ($\bar{x}=3.72$, $S=0.613$), 7 ($\bar{x}=3.72$, $S=0.666$), y 9 ($\bar{x}=3.72$, $S=0.666$) evidenciando mayor variabilidad respecto a la media los ítems 7 y 9. Las puntuaciones globales de la variable ponen en evidencia una excelente autoeficacia en la mayoría de los participantes ($\bar{x}=37.80$, $S=4.194$), coincidiendo con el comportamiento individual en cada uno de los ítems.

Tabla 5

Correlación de la percepción del comportamiento del cuidado humanizado y autoeficacia de los pacientes en hemodiálisis del hospital Militar Central, Lima 2019

VARIABLES Y DIMENSIONES		PS	AC	CHE	PCCH
Priorizar el sujeto (PS)					
Apertura a la comunicación (AC)	Rho	0,754**			
	P	0.000			
Cualidades del hacer de enfermería (CHE)	Rho	0,657**	0,757**		
	P	0.000	0.000		
Percepción del comportamiento del cuidado humanizado (PCCH)	Rho	0,771**	0,926**	0,895**	
	P	0.000	0.000	0.000	
Autoeficacia generalizada (AG)	Rho	0,462**	0,428**	0,302*	0,386**
	P	0.000	0.001	0.019	0.002

*Los valores de significancia son evaluados considerando $p < 0.01$ (**), y $p < 0.05$ (*).

La Tabla 5 muestra el análisis de la relación entre las variables de estudio en pacientes de Hemodiálisis. Los datos aportan evidencia suficiente para afirmar la existencia de una relación directa y baja entre la autoeficacia generalizada y la percepción del comportamiento del cuidado humanizado ($Rho=0.386$, $p=0.002$). En cuanto al análisis de relación de la autoeficacia con las dimensiones de la percepción del comportamiento del cuidado humanizado se observó relación directa y baja con las cualidades del hacer de enfermería ($Rho=0.302$, $p=0.019$), y relación directa y moderada con las dimensiones apertura a la comunicación ($Rho=0.428$, $p=0.001$) y priorizar el sujeto ($Rho=0.462$, $p=0.000$).

Discusión

La investigación se centra en determinar la relación entre las dimensiones fundamentales de la percepción del cuidado humanizado y la autoeficacia del paciente con enfermedad renal avanzada en tratamiento hemodilítico, bajo los supuestos de que enfermería que involucra una concepción holística del ser cuidado desde la perspectiva filosófica, conceptual y teórica empírica que sustenta el cuidado complejo requerido por el paciente en hemodiálisis (Rodríguez, 2012).

En relación a los resultados de percepción del comportamiento de cuidado humanizado que brinda la enfermera, indican que existe una tendencia mayoritaria de percepción favorable evidenciada en la categoría “Siempre”, esto muestra que el cuidado efectuado de algún modo satisface las necesidades de atención del paciente en hemodiálisis, coincidiendo estos resultados con el estudio de García et al. (2016) en donde se reportó también una mayoría de pacientes satisfechos con la atención recibida de enfermería; sin embargo, las particularidades de las instituciones y el personal hace que no siempre se encuentra una percepción favorable respecto al actuar del profesional de enfermería como se evidencia en el estudio de Gutiérrez (2018) realizado en la ciudad de Chiclayo Perú, donde una minoría percibió siempre un cuidado humanizado.

Aunque los resultados del presente estudio parecen favorables respecto al comportamiento de cuidado de los enfermeros es importante que la interacción enfermera-paciente y las conductas de cuidado se vean fortalecidas; según la evidencia proporcionada por Müggenburg, Riveros y Juárez (2016) el entrenamiento del profesional se convierte en un elemento primordial para mejorar significativamente la percepción de los pacientes respecto al cuidado, siendo estrategias claves para fortalecer la relación: el respeto, la consideración y el

afecto, como lo recalca Rocha & Faria, (2013) quienes indican que muchas veces puede hacerse aún más intenso con la cordialidad, al darles animo a los pacientes (apoyo emocional), o motivarlos mediante muestras de estima.

Por otro lado, en los resultados de la autoeficacia de los pacientes de hemodiálisis en dicho estudio existe relación con la investigación de Guerrero, Parra & Mendoza, (2016), se encontraron altos puntajes de autoeficacia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que reciben tratamiento dialítico, también Reyes Jarquín, & Hernández, (2012) refieren a la vez que, la autoeficacia elevada repercute en el ajuste y mejoramiento de sus condiciones de salud, confirmando lo que dice Canales & Barra, (2014) que un paciente con alta autoeficacia, se adhiere mejor al tratamiento médico y mejora por esta vía su calidad de vida. Para Perales et al. (2012) se asocian la alta autoeficacia con un mayor bienestar en el paciente, un aumento de sus capacidades y habilidades para afrontar las distintas situaciones de la vida. Estas condiciones favorecen el aumento de las posibilidades de un adecuado seguimiento del tratamiento y adherencia al mismo.

Por su parte, Reyes & Hernández (2012) afirman que una persona que se considera incapaz de lograr resultados favorables por medio de sus actos tendrá menores incentivos para actuar y afrontar situaciones adversas. Por lo cual es importante mantener niveles altos de autoeficacia en los pacientes con tratamiento de hemodiálisis ya que, se evidencia que el propio deterioro de su estado de salud es por la cronicidad de su enfermedad, deteriorando a sí mismo, sus habilidades y capacidades necesarias para afrontar las complicaciones que se le presenten; por lo cual Álvarez & Barra, (2010b) en acuerdo con lo anterior, encuentran que pacientes con estas discapacidades perciben una transformación en sus capacidades y habilidades que dificulta su desenvolvimiento, debido a su enfermedad crónica y el tratamiento invasivo que recibe

interdiariamente, logrando tener un efecto a largo plazo no tan solo en lo físico, sino también en lo emocional.

Los autores, asimismo, aportan sentido acerca de la capacidad de autocuidado como variable que traduce la autoeficacia del paciente. De este modo, la autoeficacia alcanzada por el paciente en diálisis en su mayoría, coincide con una alta capacidad de agencia de autocuidado, en la investigación de Cantillo & Blanco (2017), quienes precisan, además que cuanto el paciente posee mayor edad, disminuye su capacidad de autocuidado porque el deterioro en su percepción de la salud va disminuyendo por el efecto prolongado de las sesiones dialíticas.

En los resultados de este estudio concerniente a la hipótesis general, aportan evidencia de la relación entre la percepción del cuidado humanizado y la autoeficacia del paciente en hemodiálisis, coincidiendo con la investigación de Rosendo et al., (2016) quienes precisaron que, el proceso de afrontamiento de la persona con enfermedad renal promovido por los profesionales de la salud, incluye variadas intervenciones de apoyo social y psicológico, que actúan como moduladores frente a la incertidumbre, desgaste físico, dependencia y cambios requeridos en los estilos de vida del paciente y que forman parte de los factores condicionantes en el proceso de adaptación.

El soporte emocional que brinda la enfermera favorece la independencia, la seguridad y amplía las expectativas de éxito en el tratamiento, al promover diversos componentes de la autoeficacia, como refiere Schunk & Meece, (2006) quienes explica que existen razones para pensar que el sentimiento de autoeficacia va influir en el grado de implicancia y persistencia de la persona a la ejecución de diversas tareas con complejidad, a su vez la presencia de estas variables afectará en la consecuencia del objetivo a alcanzar.

No existen trabajos de investigación que relacionen las variables de interés del presente estudio, sin embargo, las variables son abordadas por diferentes estudios como Huérfanos, Álvarez, Arias, & Carreño, (2018), quienes reconocen que está demostrado que cuando existe afecciones en la salud las relaciones personales se deterioran, es urgente revertir esta experiencia valorando las respuestas del paciente, de manera que cuando ellos participen y tomen decisiones respecto a su salud, las soluciones no se impongan; manteniendo su sentimiento de autonomía, sensación de control y bienestar durante el tratamiento, que son comportamientos equivalentes de autoeficacia. Los argumentos del autor agregan un importante elemento que permite relevar los resultados del estudio: conocer las relaciones entre las variables abordadas y permite potenciar la capacidad del paciente respecto al afrontamiento del tratamiento sabiendo su patrón de respuestas humana e identificar las que necesitan ser desarrolladas; así Pérez & Martínez (2011) recalcan la intención de cuantificar las repercusiones de una enfermedad y sus tratamientos de acuerdo con la percepción que las personas tengan sobre sus capacidades, desenvolver sus potencialidades y tener una vida plena.

Rueda & Pérez, (2004), por otro lado, a pesar de que aún no se han alcanzado conclusiones firmes acerca de los mecanismos específicos mediante los que la personalidad afecta a la salud, el tipo de afrontamiento empleado ante los acontecimientos estresantes parece constituir un mecanismo relevante. Álvarez & Barra, (2010a) precisan a la vez que, la autoeficacia intensifica la adherencia del paciente al tratamiento de hemodiálisis, que era mayor cuando el paciente tenía más edad, en el presente estudio predomina la población de 62 a más años y era inversa respecto al tiempo de diálisis; los pacientes del estudio quienes poseen entre 5 a 8 años de servicio en su mayor parte, muestran autoeficacia similar, por lo que el estudio

contribuye a propiciar el conocimiento de la autoeficacia que puede mejorar la adherencia al tratamiento hemodiálítico.

Acerca de la relación directa y moderada respecto a priorizar al sujeto y la autoeficacia del paciente en tratamiento dialítico, Allen, Wainwright, & Hutchinson, (2011) en Canadá, muestran diferencias con los resultados del presente estudio, al precisar que los pacientes expresan interacciones negativas con el personal de salud evidenciadas en un cuidado fragmentado y una forma de lucha por el conocimiento necesario para seguir cuidándose: falta compromiso del equipo de salud, para tener mejores resultados, participar activamente y gestionar la propia salud.

En lo concerniente a la relación directa y moderada entre la dimensión de apertura a la comunicación y la autoeficacia del paciente en tratamiento dialítico, López, Luque, Gómez, Casas & Crespo (2016) señala algunas coincidencias respecto a la centralidad del proceso comunicativo a lo largo del ciclo de servicios que experimenta un paciente durante el proceso de atención. Destaca que el paciente constituye el eje del sistema prestador de servicios de salud, por lo que el conocimiento de la percepción de la calidad del servicio empezando por saber si se escucha su voz, es una herramienta cada vez más generalizada en uso para valorar la eficacia y eficiencia en las prestaciones; el interés por los problemas del paciente, la seguridad y confianza que el personal inspira y el trato personalizado, hacen la diferencia respecto al rol del paciente frente a su enfermedad y tratamiento. Y los hallazgos de Barrios et al., (2017) señala que a pesar que enfermería constituye la mayor fuerza de trabajo en la Unidad de Hemodiálisis, realizando actividades de apoyo psicosocial y soporte general, los pacientes necesitan mayor comunicación respecto a la carga de enfermedad y su pronóstico personalizados, por lo que debe mejorar la comunicación con el paciente.

No obstante, en lo concerniente a la relación directa y baja con las cualidades del hacer de enfermería y la autoeficacia del paciente en tratamiento dialítico, se evidencia similitudes entre el estudio realizado y los resultados de Cantillo & Blanco (2017) quienes encuentran en un estudio realizado en España, que el hacer de las enfermeras en pacientes que dializan se concentra en la educación programada y continua, de manera que se conduce al paciente a incrementar su capacidad para cuidar de sí mismo, aprendiendo a llevar su régimen farmacológico, equilibrar dieta, actividad física y ejercicio, prevenir complicaciones. Indicadores que corresponden a la percepción del cuidado humanizado y la integración de los dos grandes componentes: el cuidado instrumental o los procedimientos de cuidado y el cuidado sensible dado por la empatía, cordialidad, comprensión, enseñanza y ayuda específica según la condición del paciente.

En síntesis, el análisis de los resultados a la luz de los estudios existentes, permite elucidar que no basta con la constatación de la percepción del cuidado humanizado sin ampliar la comprensión del comportamiento de la variable en sus tres dimensiones y que el conocimiento de la autoeficacia del paciente, se encuentra inmerso en otras variables como afrontamiento, capacidad de adaptación y capacidad de autocuidado, por lo que se avizora mayor profundización en abordajes que incluyan esta naturaleza de variables.

Por ahora, es posible reconocer que las relaciones identificadas en conjunto coinciden con el estado del conocimiento sobre la medida en que el paciente percibe el cuidado de enfermería, el mismo que muestra una mixtura de aproximaciones y carencias que es posible superar, por la importancia que tiene en el desarrollo de la autoeficacia del paciente y su trascendencia en la adherencia al tratamiento sustitutivo de la función renal y, por lo tanto, de su calidad de vida.

Capítulo V

Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

La mayoría de los pacientes atendidos en hemodiálisis del hospital Militar Central afirmaron percibir siempre un cuidado humanizado.

La mayoría de los pacientes atendidos en hemodiálisis del hospital Militar Central presentaron una alta autoeficacia.

Existe relación directa y moderada entre la dimensión de priorizar el sujeto de cuidado con la autoeficacia de los pacientes en hemodiálisis del hospital Militar Central.

Existe relación directa y moderada entre la apertura a la comunicación enfermera paciente con la autoeficacia de los pacientes en hemodiálisis del hospital Militar Central.

Existe relación de baja y directa entre las cualidades del hacer de enfermería con la autoeficacia de los pacientes en hemodiálisis del hospital Militar Central.

Existe relación baja y directa de la percepción del comportamiento del cuidado humanizado con la autoeficacia de los pacientes en hemodiálisis del hospital Militar Central, Lima.

Recomendaciones

El cuidado de enfermería nefrológica requiere la evolución continua de los cuidados en relación a educación constante, dirigidos a los pacientes sobre puntos más relevantes para ellos, que permita mejorar la relación intersubjetiva, terapéutica y, a la vez, la aceptación de mantener conductas saludables y de autocuidado que asegure toma de conciencia en la decisión y la gestión de la propia salud, una forma de mejorar su autoeficacia, mediante educación, apoyo hacia el paciente, el seguimiento, tratamiento y evolución.

Los responsables de la gestión de enfermería de las instituciones de salud, necesitan impulsar altos niveles motivacionales en los profesionales de enfermería para mantener los elementos de cuidado humanizado en todas sus dimensiones, coordinando a nivel de cada servicio, para asegurar adecuada cobertura de personal, capacitación sobre cuidado y brindar un reconocimiento al profesional que destaque manteniendo el cuidado humanizado.

La jefatura del servicio debe fomentar el mantenimiento de una interacción enfermera-paciente, enriqueciendo los espacios de diálogo que permitan al paciente siempre expresar su estado anímico y los sentimientos relacionados con su enfermedad y tratamiento, así poder identificar las situaciones problemas del paciente y su autoeficacia.

En la docencia y en los currículos de las universidades de pregrado y postgrado de estudio y la práctica, sensibilizar al personal docente sobre una cultura de cuidado humanizado y la importancia de conocer la autoeficacia del paciente no sólo en la práctica, sino también en el aula.

Referencias

- Arrieta, L. (2017). Percepción de enfermedad y de cuidados recibidos por el paciente crónico. Recuperado de <https://academica-e.unavarra.es/handle/2454/27601>
- Allen, D., Wainwright, M., & Hutchinson, T. (2011). ‘Non-compliance’ as illness management: Hemodialysis patients’ descriptions of adversarial patient–clinician interactions. *Social Science & Medicine*, 73(1), 129–134. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2011.05.018>
- Alva, M., & Esperanza, Z. (2014). El cuidado de enfermería desde la perspectiva de la persona adulta con cáncer en el periodo postoperatorio Nursing caring from the perspective of the adult with cancer in the postoperative period. *Z.E. Leitón E./Enferm. Investig. Desarro*, 12(2), 38–59. Recuperado de <http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/facenf>
- Álvarez, E., & Barra, E. (2010). Autoeficacia, estrés percibido y adherencia terapéutica en pacientes hemodializados. *Ciencia y Enfermería*, 16(3), 63–72. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532010000300008>
- Ángel, Z. E., Duque, G. A., & Tovar Cortes, D. L. (2016). Cuidados de enfermería en el paciente con enfermedad renal crónica en hemodialisis: una revisión sistemática. *Enfermería Nefrológica*, 19(3), 202–213. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2254-28842016000300003
- AONE. Nurse Executive Competencias. Chicago II.- Author. (2015). American Organization of Nurse Executives. Retrieved September 21, 2019, from The voice of Nursing Leadership website: <https://www.aone.org/resources/nurse-leader-competencies.shtml>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.84.2.191>
- Bandura, A. (1993). Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning.

- Educational Psychologist*, 28(2), 117–148. https://doi.org/10.1207/s15326985ep2802_3
- Barrios, S., Catoni, M. I., Arechabala, M. C., Palma, E., Ibacache, Y., & Richard, J. (2017). Carga laboral de las enfermeras en Unidades de Hemodiálisis Crónica según dependencia y riesgo de los pacientes. *Revista Médica de Chile*, 145(7), 888–895. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872017000700888>
- Bautista, G. O. (2015). Conocimiento e importancia en los estudiantes de Enfermería sobre el consentimiento informado en actos del cuidado de enfermería. *Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 17(2), 67–84. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie17-2.ciee>
- Blanco, J. R., Ornelas, M., Viciano, J., & Rodríguez, J. M. (2016). Composición factorial de una escala de autoeficacia en el cuidado de la alimentación y salud física en universitarios mexicanos. *Nutrición Hospitalaria*, 33(2), 120. <https://doi.org/10.20960/nh.120>
- Canales, S., & Barra, E. (2014). Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. *Psicología y Salud*, 24(2), 167–173. Recuperado de <https://web.a.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=14051109&AN=117084862&h=bu4qAt3YNrrK0AZes%2B2R%2B0IB1DrJXVdzlzpHqll4yDk2q8W6d9qKK3md0nawR1%2F7aChxyREz9an%2BeFMg4X1fw%3D%3D&crl=f&resultNs=AdminWebAuth&result>
- Cantillo, C. P., & Blanco, J. de J. (2017). Agencia de autocuidado de la persona con enfermedad renal crónica en diálisis. *Enfermería Nefrológica*, 20(4), 330–341. <https://doi.org/10.4321/s2254-28842017000400007>
- Ceballos, P. A. (2010). DESDE LOS ÁMBITOS DE ENFERMERÍA, ANALIZANDO EL CUIDADO HUMANIZADO. *Ciencia y Enfermería*, 16(1), 31–35.

<https://doi.org/10.4067/S0717-95532010000100004>

- Cid H, P., Orellana Y, A., & Barriga, O. (2010). Validación de la escala de autoeficacia general en Chile General self-efficacy scale validation in Chile. *Rev. Med. Chile* , 138, 551–557. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v138n5/art04.pdf>
- Cisneros G, F. (2002). *Introducción a las teorías y modelos en enfermería*. Recuperado de <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>
- Collière, M. (1993). *Libro Promover La Vida* (1ra edición; M.F.COLLIÉRE, Ed.). Recuperado de https://www.academia.edu/32030917/Libro_Promover_La_Vida_Rinconmedico_net_3_
- Correa, M. L. (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista CUIDARTE*, 7(1), 1227. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>
- De, G., Asunción, L. A., De, J., Alfredo, M., & Paz, R. (2014). *Nivel de autoeficacia de los empleados de la confederación deportiva autónoma de Guatemala del Campus Central*. Recuperado <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/43/Rojas-Manuel.pdf>
- Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. (2018). Recuperado August 4, 2019, from Edición del Tricentenario website: <https://dle.rae.es/?id=4Quv5F7>
- Diccionario de la lengua española. (2018). Recuperado August 4, 2019, from Edición del Tricentenario website: <https://dle.rae.es/?id=EPQzi07>
- Escobar, B. & Sanhueza, O. (2018). Patrones de conocimiento de Carper y expresión en el cuidado de enfermería: estudio de revisión. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 7(1), 27–42. <https://doi.org/10.22235/ech.v7i1.1540>
- Farfan, R. (2016). Percepción de atención humanizada y su relación con la calidad de atención en el servicio de radiodiagnóstico. *UCV - SCIENTIA, ISSN 2077-172X*, 8(2), 124–131.

Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6181531>

Fernández, D., del Campo, C., Fernández, R. M., Pérez, J. L., Morillo, J., & Matías, B. (2018).

Relación entre la autopercepción y autoeficacia para el desarrollo de competencias en soporte vital en entornos de simulación clínica de alta fidelidad. *Educación Médica*, 19(6), 320–326. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.03.030>

Gallagher, S., & Kubsch, S. (2009). Transpersonal Caring. *Holistic Nursing Practice*, 23(3),

171–182. <https://doi.org/10.1097/HNP.0b013e3181a056d9>

Galvis, M. A. (2015). Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica.

Revista CUIDARTE, 6(2), 1108. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.172>

Garcia, J., Peralta, M. I., Navarrete, N., Silva, D., & Caballo, V. E. (2018). Validity and

reliability of the self-efficacy to regulate exercise scale in patients with metabolic

syndrome. *Revista Española de Salud Pública*, 92. Recuperado de

[https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-](https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85055779383&origin=resultslist&sort=plf-)

[85055779383&origin=resultslist&sort=plf-](https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85055779383&origin=resultslist&sort=plf-)

[f&src=s&st1=autoeficacia+en+pacientes&st2=&sid=2f3ac101eb8ee570422fab583411a02c](https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85055779383&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=autoeficacia+en+pacientes&st2=&sid=2f3ac101eb8ee570422fab583411a02c)

[f&src=s&st1=autoeficacia+en+pacientes&st2=&sid=2f3ac101eb8ee570422fab583411a02c](https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85055779383&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=autoeficacia+en+pacientes&st2=&sid=2f3ac101eb8ee570422fab583411a02c)

[KEY%28autoeficacia+en+pacientes%29&relpos=2&citeCnt=](https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85055779383&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=autoeficacia+en+pacientes&st2=&sid=2f3ac101eb8ee570422fab583411a02c)

Gaspar, C., & Martinez, K. (2008). Situaciones de consumo, afrontamiento y autoeficacia en

relacion con las recaídas en adolescentes consumidores de alcohol. *Investifacion y Ciencia*

de La Universidad Autonoma de Aguascalientes, (47–87). Recuperado de

<https://www.google.com/search?sxsrf=ACYBGNRqnmntaPJZdOYKtIVkiuNMe->

[QOQPA%3A1569123067312&source=hp&ei=-](https://www.google.com/search?sxsrf=ACYBGNRqnmntaPJZdOYKtIVkiuNMe-QOQPA%3A1569123067312&source=hp&ei=-)

ab.1.0.35i362i39110.4285.12625..15455...0.0..0.253.479.2-2.....0....2j1..gws-wiz

González, O. J. (2015). Validez y confiabilidad del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3ª versión.” *Aquichan*, 15(3), 381–392.

<https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.3.6>

Guerrero, J. M., Parra, L. R., & Mendoza, J. C. (2016). Autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sometidos a hemodiálisis. *Revista Cubana de Salud Publica*, 42(2), 193–203. Retrieved from file:///E:/Autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sometidos a hemodiálisis.html

Guerrero, R., Meneses, M. E., & De La Cruz, M. (2016). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. LimaCallao, 2015. *Revista de Enfermeria Herediana*, 9(2), 133–142. Recuperado de

<http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/19486>

Gutierrez, D. (2018). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en pacientes adultos hospitalizados en servicios de medicina. Chiclayo. *Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo - USAT*. Recuperado de

<http://54.165.197.99/handle/20.500.12423/1981>

Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, M. del P. (2014). *Metodología de la Investigación* (Sexta Edición; S.A DE C.V, Ed.). Recuperado de

<https://www.http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

Herrera, P., Pacheco, J., & Taype, A. (2016). La enfermedad renal crónica en el Perú. Una revisión narrativa de los artículos científicos publicados. *Acta Médica Peruana*, 33(2), 130–137. Retrieved from <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728->

59172016000200007&script=sci_abstract

Huérfanos, D., Álvarez, D., Arias, E., & Carreño, S. (2018). Necesidades de personas en terapia de diálisis y sus cuidadores: Revisión integrativa. *Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 21(2). Retrieved from

<https://www.revistaseden.org/imprimir.aspx?idArticulo=4424170094100099098424170>

Huerta, F., Hernández, G., Méndez Ma Concepción, M., & Salinas, G. (2018). Cuidado

Humanizado por enfermería percibido por los pacientes durante la hospitalización. *XVI*

Coloquio Panamericano de Investigación En Enfermería, Cuba 2018, 1–9. Recuperado de

<http://coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/viewFile/1021/471>

Inca, M. del R. (2017). *Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado del equipo de enfermería de centro quirúrgico de la Clínica Internacional Sede San Borja 2017*.

Recuperado de

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6473/Inca_sm.pdf;jsessionid=C04EE91BB925614DFFB87168B41BA5BA?sequence=1

Joven, Z. M., & Guáqueta, S. R. (2019). Percepción del paciente crítico sobre los

comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. *Avances En Enfermería*, 37(1),

65–74. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.65646>

López, C., Luque, I., Gómez, V. E., Casas, R., & Crespo, R. (2016). La satisfacción del paciente como componente de la calidad en las unidades de diálisis. *Enfermería Nefrológica*, 19(2),

125–133. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000200004

Luque, M. B., Fuenmayor, A., Matamala, A., & Franquet, E. (2017). Percepciones en la vida

diaria del paciente con poliquistosis renal autosómica dominante. *Enfermería Nefrológica*,

20(4), 342–351. <https://doi.org/10.4321/s2254-28842017000400008>

- Malpica, M. C. (2017). Percepción del cuidado humanizado de enfermería por parte del paciente adulto con enfermedad oncológica hospitalizado en una IPS de IV nivel. *Universidad de La Sabana*, 199. Retrieved from <https://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/32533>
- Guerrero, V., Palacios, G., Grano, C., Hernández, V., & Rodríguez, J. (2016). Nivel de seguridad percibida por el paciente de hemodialisis crónica. *Enfermería Nefrológica*, 19(3), 255–263. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000300008
- Rodríguez, A. (2006). Autoeficacia percibida en el ámbito de salud. *INFOCOP ONLINE*. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1047
- Medina, C. O., & Medina, E. U. (2007). Self-efficacy and health behaviors. *Ciencia y Enfermería*, 13(1), 9–15. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532007000100002>
- Monje, M. J. A., & Almagiá, E. B. (2008). Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida en adolescentes con enfermedades crónicas. *Terapia Psicológica*, 26(2), 165–172. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082008000200002>
- Monje V., P., Miranda C., P., Oyarzün G., J., Seguel P., F., & Flores G., E. (2018). Percepción del cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados. *Ciencia y Enfermería*, 24(5). <https://doi.org/10.4067/S0717-95532018000100205>
- Moreno, B., Garrosa, E., & Gálvez, M. (2005). Personalidad Positiva Y Salud: In L. Flores-Alarcon, M. Mercedes, & B. Moreno (Eds.), *Psicología de la salud. Temas actuales de investigación en Latinoamérica*. (pp. 59–76). Bogota: ALAPSA.
- Müggenburg, C., Riveros, A., & Juárez, F. (2016). Entrenamiento en habilidades de comunicación en enfermeras y percepción del paciente que recibe su cuidado. *Enfermería*

Universitaria, 13(4), 201–207. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.08.001>

Muñoz, M. N., Rodríguez, P., Hincapie, J., Agudelo, A. M., & Ramírez Ricardo. (2012).

Percepción de empleadores sobre las competencias de graduados del Programa de Enfermería de la Fundación Universitaria del Área Andina de Pereira (Colombia)1. *Cultura Del Cuidado*, 9(2), 22–38. Retrieved from

<https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/1953>

Olivé, M. C., & Isla, M. P. (2015). El modelo Watson para un cambio de paradigma en los

cuidados enfermeros. *Revista Rol de Enfermería*, 38(2), 123–128. Recuperado de

<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65766/1/647485.pdf>

Oviedo, G. L. (2004). La definición de concepto de percepción de Gestalt en psicología con base en la teoría Gestalt. *Revista de Estudios Sociales*, (18), 89–96.

<https://doi.org/10.7440/res18.2004.08>

Perales, C. M., García, A. & Reyes, G. A. (2012). Predictores psicosociales de la calidad de vida

en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Nefrología*,

32(5), 622–630. <https://doi.org/10.3265/nefrologia.pre2012.jun.11447>

Pérez, C., & Martínez, A. (2011). Factores asociados a la sintomatología depresiva en adultos/as

con diabetes y el impacto en su autoeficacia y en el cuidado de la salud. *Salud &*

Sociedad, ISSN-e 0718-7475, Vol. 2, N^o. 1, 2011, Págs. 44-61, 2(1), 44–61. Recuperado de

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4017543>

Peter, R. (2018). *Percepción y perspectivas: vicios (distorsiones) e inversiones de nuestra visión de la realidad humana y de sus valores debido a la percepción y sus alteraciones* (1st ed.).

Mexico: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Poblete, M. del C., Valenzuela, S. V., & Merino, J. M. (2012). Validación de dos escalas

- utilizadas en la medición del cuidado humano traspersonal basadas en la teoría de Jean Watson. *Revista En Redalyc.Org*, 12(1), 8–22. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74124091002>
- Potter, A., Stockert.,A., Perry, A., & Hall;A. (2019). *Fundamentos de Enfermería* - Google Libros. Retrieved September 18, 2019, from Elsevier España website: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=ILWXdWAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=teorias+de+enfermeria+&ots=1q-2oATtCs&sig=GrFPbFUvaKqwALhrJ4bMghwK7qA#v=onepage&q&f=false>
- Quezada, J. S. (2018). Factores que influyen en el cuidado humanizado que brinda el Profesional de Enfermería al paciente privado de su libertad, en los hospitales del minsa – 2017 (Universidad Nacional Federico Villarreal). Recuperado de <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1799>
- Raffino, M. E. (2019). Percepción: Concepto, Etapas y Componentes. Retrieved September 20, 2019, from Concepto.de website: <https://concepto.de/percepcion/>
- Raile, M., & Marriner, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería 7ed medilibros* (Septima). Recuperado de https://www.academia.edu/11289973/Modelos_y_teorias_en_enfermeria_7ed_medilibros
- Reyes, K., & Hernández, M. D. R. (2012). Análisis crítico de los estudios que exploran la auto-eficacia y bienestar vinculados al comportamiento saludable. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 3(2), 5. <https://doi.org/10.22201/fesi.20070780.2011.3.2.29915>
- Rivera, L. N., & Triana, Á. (2007). Percepción de comportamiento de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. *Av.Enferm.*, Xxv, xxv(1), 56–58. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/viewFile/35901/36916>

- Roca, M. A. (2002). Autoeficacia: Su valor para la psicoterapia cognitivo conductual. Self Efficacy. It's importance for the cognitive behavioral therapy. *Revista Cubana DE Psicología, 19*(3). Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v19n3/01.pdf>
- Rocha, T., & Faria Simões, S. M. (2013). La comunicación enfermera - cliente en el cuidado en las unidades de urgencias 24h: una interpretacion en Travelbee. *Enfermería Global, 12*(30), 76–90. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200005
- Rodríguez, R. (2012). Modelos de enfermería integrados al cuidado del paciente nefrológico en el contexto cubano. *Revista Cubana de Enfermería, 28*(4). Recuperado de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/121/29>
- Rodriguez, A. M. (2015). *Percepcion del paciente ambulatorio en terapia de hemodialisis sobre el cuidado humanizado de la enfermera en una institución de salud 2014*. Retrieved from http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4161/Rodr%EDguez_fa.pdf;jsessionid=C7087B5DA5B52885249C2B38ED60D146?sequence=1
- Rosendo, R. A., Lino, V., Noberto, G. J., Oliveira, B. C., Texeira, C. C., & Rodrigo, J. R. (2016). Coping strategies used by chronic renal failure patients on hemodialysis. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem, 20*(1), 147–154. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160020>
- Rueda, M. B., & Pérez, A. M. (2004). Personalidad y percepción de autoeficacia : influencia sobre el bienestar y el afrontamiento de los problemas de salud. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 9*(3), 205–219. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.9.num.3.2004.3980>
- Sanchez, B. (2004). La cronicidad y el cuidado familiar, un problema de todas las edades: los cuidadores de ancianos. *Avances En Enfermería, XXV*(1), 61–67. <https://doi.org/10.15446/av.enferm>

- Sanjuan, P., Perez, A. M., & Bermudez, J. (2000). *Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española*. 12(2), 509–513. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72797116>
- Schunk, D. H., & Meece, J. L. (2006). *Self-efficacy beliefs of adolescents*. Recuperado de https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=P_onDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA71&dq=related:WKd9QdVmo4AJ:scholar.google.com/&ots=riPJP3EeuT&sig=BTddH6mt3ha5Zbhhgp9SRzoED9w#v=onepage&q&f=false
- Schwarzer, R. (2008). Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviors. *Applied Psychology*, 57(1), 1–29. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x>
- Schwarzer, R., & Gutiérrez, B. (2009). Modelando el cambio en el comportamiento de salud: Cómo predecir y modificar la adopción y el mantenimiento de comportamientos de salud. *Revista Costarricense de Psicología*, 28(41–42), 11–39. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/230641901_Modelando_el_cambio_en_el_comportamiento_de_salud_Como_predecir_y_modificar_la_adopcion_y_el_mantenimiento_de_comportamientos_de_salud
- Tambini, G. (2015). OPS/OMS Colombia - La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento. Recuperado August 5, 2019, from OPS Colombia website: https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=2331:la-opsoms-y-la-sociedad-latinoamericana-de-nefrologia-llaman-a-prevenir-la-enfermedad-renal-y-a-mejorar-el-acceso-al-tratamiento&Itemid=487
- Villamarín Cid, F. (1990). Auto-eficacia y conductas relacionadas con la salud. *Revista de*

Psicología de La Salud / Journal of Health Psychology., 2(1–2). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10045/94550>

Villamarin, F. (1994). Autoeficacia investigaciones en psicología de la salud. *Anuario de Psicología*, 61, 9–18.

Waldow, V. R. (2014). Cuidado humano: La vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. In *Index Enferm (Gran)* (Vol. 23). Recuperado de <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v23n4/pdf/9478.pdf>

Apéndices

Apéndice A: Instrumentos de recolección de datos

N ^a =

Percepción del Comportamiento del Cuidado Enfermero y Autoeficacia del paciente en Hemodiálisis en el Hospital Militar Central

Presentación:

Estimado Sr. / Sra.:

El presente estudio es sobre la relación que existe entre la percepción del comportamiento cuidado enfermero y la autoeficacia del paciente en hemodiálisis. Le invitamos a participar en forma voluntaria y anónima, agradeciendo por anticipado su colaboración. Todo lo que diga será tratado de forma absolutamente confidencial.

Instrucciones: Llene el espacio en blanco o marque el aspa según crea conveniente por cada pregunta, le recordamos que no existen preguntas buenas ni malas, solo se requieren su opinión.

I.- INFORMACION GENERAL

1.- Edad _____

2.- Sexo: Masculino Femenino

3.- Grado de Escolaridad: Sin estudios Primaria Secundaria Superior

4.- Ocupación: No Trabaja Trabaja

5.- Tiempo de enfermedad _____

6.- Tiempo de tratamiento en Hemodiálisis _____

II.- INFORMACIÓN ESPECÍFICA:

Después de leer atentamente cada afirmación, y teniendo en cuenta como usted. se siente, marque el aspa en la alternativa que usted. crea conveniente.

Recuerde que no hay respuestas buenas o malas, simplemente es lo que usted. siente. Es muy importante que responda todas las preguntas.

A. Percepción del Comportamiento del Cuidado – Enfermero.

7. Le hacen sentir como una persona

Siempre Casi Siempre Algunas Veces Nunca

8. Le tratan con amabilidad

Siempre Casi Siempre Algunas Veces Nunca

9. Le muestra interés por brindarle comodidad durante su hospitalización

Siempre Casi Siempre Algunas Veces Nunca

10. Le miran a los ojos, cuando le hablan

Siempre Casi Siempre Algunas Veces Nunca

11. Le dedican tiempo para aclararse sus inquietudes

Siempre Casi Siempre Algunas Veces Nunca

12. Le hacen sentir bien atendido cuando dialogan con usted

Siempre Casi Siempre Algunas Veces Nunca

13. El personal de enfermería le hace sentir tranquilo(a), cuando esta con usted

Siempre Casi Siempre Algunas Veces Nunca

14. Le generan confianza cuando lo (la) cuidan

Siempre Casi Siempre Algunas Veces Nunca

15. Le facilitan el dialogo

Siempre Casi Siempre Algunas Veces Nunca

16. Le explican previamente los procedimientos

Siempre Casi Siempre Algunas Veces Nunca

17. Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas

Siempre Casi Siempre Algunas Veces Nunca

18. Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos

Siempre Casi Siempre Algunas Veces Nunca

19. Le dedican el tiempo requerido para su atención

Siempre Casi Siempre Algunas Veces Nunca

20. Le dan indicaciones sobre su autocuidado -los cuidados que usted debe seguir -,
de manera oportuna

Siempre Casi Siempre Algunas Veces Nunca

21. Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado

Siempre Casi Siempre Algunas Veces Nunca

22. Le llaman por su nombre

Siempre Casi Siempre Algunas Veces Nunca

23. Le demuestran respeto por sus creencias

Siempre Casi Siempre Algunas Veces Nunca

24. Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación,
evacuación urinaria e intestinal)

Siempre Casi Siempre Algunas Veces Nunca

25. Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones
sobre su situación de salud

Siempre Casi Siempre Algunas Veces Nunca

26. Le manifiestan que están pendientes de usted

Siempre Casi Siempre Algunas Veces Nunca

27. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento

Siempre Casi Siempre Algunas Veces Nunca

28. Responden oportunamente al llamado

Siempre Casi Siempre Algunas Veces Nunca

29. Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual

Siempre Casi Siempre Algunas Veces Nunca

30. Le escuchan atentamente

Siempre Casi Siempre Algunas Veces Nunca

31. Le preguntan y se preocupan por su estado de animo

Siempre Casi Siempre Algunas Veces Nunca

32. Le brindan un cuidado cálido y delicado

Siempre Casi Siempre Algunas Veces Nunca

33. Le ayudan a manejar su dolor

Siempre Casi Siempre Algunas Veces Nunca

34. Le demuestran que son responsables con su atención

Siempre Casi Siempre Algunas Veces Nunca

35. Le respetan sus decisiones

Siempre Casi Siempre Algunas Veces Nunca

36. Le indican que cuando requieren algo, usted los puede llamar

Siempre Casi Siempre Algunas Veces Nunca

37. Le respetan su intimidad

Siempre Casi Siempre Algunas Veces Nunca

38. Le administran a tiempo los medicamentos formulados por el medico

Siempre Casi Siempre Algunas Veces Nunca

B.- Autoeficacia del paciente en Hemodiálisis

39. Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero, aunque alguien se me oponga

Incorrecto Algo Cierto Mas Bien Cierto Cierto

40. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente

Incorrecto Algo Cierto Mas Bien Cierto Cierto

41. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas

Incorrecto Algo Cierto Mas Bien Cierto Cierto

42. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados

Incorrecto Algo Cierto Mas Bien Cierto Cierto

43. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas

Incorrecto Algo Cierto Mas Bien Cierto Cierto

44. Cuando me encuentro con dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque
cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones imprevistas

Incorrecto Algo Cierto Mas Bien Cierto Cierto

45. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo

Incorrecto Algo Cierto Mas Bien Cierto Cierto

46. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario

Incorrecto Algo Cierto Mas Bien Cierto Cierto

47. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre que debo hacer

Incorrecto Algo Cierto Mas Bien Cierto Cierto

48. Al tener que hacer frente ante un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo

Incorrecto Algo Cierto Mas Bien Cierto Cierto

49. En este espacio describa aquellos comportamientos del personal de enfermería que a su modo de ver son importantes para su cuidado y que no se muestran en el instrumento. O bien, amplíe su respuesta en los aspectos que usted considere.

¡¡¡¡Gracias por su colaboración!!!

Apéndice B: Validez de los instrumentos

Tabla C1

Resultados de la validez de contenido del instrumento de percepción del comportamiento del cuidado humanizado

JUECES		J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	S	N	C-1	V de Aiken	
Pregunta 7	Claridad	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	10	1	0.9	0.95
	Congruencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Contexto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Dominio del	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	10	1	0.9	
Pregunta 8	Claridad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	1
	Congruencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Contexto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Dominio del	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
Pregunta 9	Claridad	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	10	1	0.9	0.975
	Congruencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Contexto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Dominio del	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
Pregunta 10	Claridad	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9	10	1	0.9	0.975
	Congruencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Contexto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Dominio del	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
Pregunta 11	Claridad	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	7	10	1	0.7	0.925
	Congruencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Contexto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Dominio del	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
Pregunta 12	Claridad	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	10	1	0.9	0.95
	Congruencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Contexto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Dominio del	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	10	1	0.9	
Pregunta 13	Claridad	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	10	1	0.9	0.975
	Congruencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Contexto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Dominio del	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
Pregunta 15	Claridad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	1
	Congruencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Contexto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Dominio del	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
Pregunta 15	Claridad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	1
	Congruencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Contexto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Dominio del	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
Pregunta 16	Claridad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	1
	Congruencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Contexto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Dominio del	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
Pregunta 17	Claridad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	1
	Congruencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Contexto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Dominio del	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	

Pregunta 31	Claridad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	1
	Congruencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Contexto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Dominio del	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
Pregunta 32	Claridad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	1
	Congruencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Contexto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Dominio del	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
Pregunta 33	Claridad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	1
	Congruencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Contexto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Dominio del	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
Pregunta 34	Claridad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	1
	Congruencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Contexto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Dominio del	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
Pregunta 35	Claridad	0	0	0	1	1	1	1	0	1	6	10	1	0.6	0.9
	Congruencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Contexto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Dominio del	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
Pregunta 36	Claridad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	1
	Congruencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Contexto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Dominio del	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
Pregunta 37	Claridad	0	0	0	1	1	1	1	0	1	6	10	1	0.6	0.9
	Congruencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Contexto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Dominio del	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
Pregunta 38	Claridad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	1
	Congruencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Contexto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Dominio del	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	

Tabla C2

Resultados de la validez de contenido de la Escala de Autoeficacia Generalizada

Jueces		J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	S	N	C-1	V de Aiken	
Pregunta 39	Claridad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	1
	Congruencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Contexto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Dominio del	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
Pregunta 40	Claridad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	1
	Congruencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Contexto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Dominio del	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
Pregunta 41	Claridad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	1
	Congruencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Contexto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Dominio del	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
Pregunta 42	Claridad	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	10	1	0.9	0.975
	Congruencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Contexto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Dominio del	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
Pregunta 43	Claridad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	1
	Congruencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Contexto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Dominio del	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
Pregunta 44	Claridad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	1
	Congruencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Contexto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Dominio del	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
Pregunta 45	Claridad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	1
	Congruencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Contexto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Dominio del	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
Pregunta 46	Claridad	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	10	1	0.9	0.975
	Congruencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Contexto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Dominio del	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
Pregunta 47	Claridad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	1
	Congruencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Contexto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Dominio del	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
Pregunta 48	Claridad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	1
	Congruencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Contexto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Dominio del	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
Pregunta 49	Claridad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	1
	Congruencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Contexto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	
	Dominio del	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	

Apéndice C: Confiabilidad de los instrumentos

Tabla C3

Resumen de la confiabilidad del cuestionario

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,851	32

Tabla C4

Escala de Confiabilidad de la Percepción del Comportamiento del Cuidado Enfermero

	Estadísticas de total de elemento			
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Le hacen sentir como una persona	117,37	39,689	0,598	0,844
Le tratan con amabilidad	117,33	40,092	0,666	0,845
Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización	117,33	40,092	0,666	0,845
Le miran a los ojos, cuando le hablan	117,60	39,145	0,231	0,853
Dedican tiempo para aclarar las inquietudes	117,57	39,702	0,258	0,850
Le hacen sentir bien atendido cuando dialogan con usted	117,37	39,689	0,598	0,844
El personal de enfermería le hace sentir tranquilo(a), cuando esta con usted	117,37	39,689	0,598	0,844
Le generan confianza cuando lo (la) cuidan	117,30	41,666	0,000	0,852
Le facilitan el diálogo	117,37	40,930	0,129	0,852
Le explican previamente los procedimientos	117,70	38,562	0,398	0,845
Le responden con seguridad y claridad sus preguntas	117,60	38,662	0,408	0,845
Le identifican con nombre y cargo antes de realizar los procedimientos	118,00	41,241	-0,014	0,864

Le dedican el tiempo requerido por su atención	117,53	37,361	0,511	0,841
Le dan indicaciones sobre los cuidados que usted debe seguir de manera oportuna	117,57	38,323	0,476	0,843
Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado	117,50	38,810	0,531	,843
Le llaman por su nombre	117,40	39,352	0,580	0,843
Le demuestran respeto por sus creencias	117,70	38,355	0,311	0,850
Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal)	117,50	40,052	0,281	0,848
Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud	117,67	39,609	0,250	0,850
Le manifiestan que están pendientes de usted.	117,40	39,628	0,506	0,845
Le permiten expresar su sentimiento sobre la enfermedad y el tratamiento	117,63	36,999	0,385	0,849
Responden oportunamente al llamado	117,37	39,964	0,510	0,845
Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual	118,23	37,633	0,288	0,855
Le escuchan atentamente	117,40	39,559	0,525	0,844
Le preguntan y se preocupan por su estado de animo	117,53	35,982	0,786	0,832
Le brinda un cuidado cálido y delicado	117,50	38,328	0,630	0,840
Le ayudan a manejar su dolor	117,57	37,909	0,425	0,845
Le demuestran que son responsables con su atención	117,33	40,092	0,666	0,845
Respetan sus decisiones	117,57	38,047	0,521	0,842
Le indican que cuando requieren algo, usted les puede llamar	117,37	40,378	0,379	0,847
Respetan su intimidad	117,33	40,092	0,666	0,845
Le administran a tiempo los medicamentos formulados por el médico	117,30	41,666	0,000	0,852

Tabla C5

Escala de Confiabilidad de Autoeficacia en los pacientes en Hemodiálisis

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,765	10

Tabla C6

Escala de Confiabilidad de la Autoeficacia Generalizada

	Estadísticas de total de elemento			
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga	32,30	15,803	-0,068	0,828
Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente	31,83	15,592	0,098	0,777
Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas	32,03	14,861	0,194	0,772
Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados	32,33	12,092	0,614	0,716
Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas	32,07	12,340	0,648	0,713
Cuando me encuentro con dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones imprevistas.	32,10	12,576	0,649	0,715
Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo	32,17	13,040	0,539	0,730
Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.	32,03	12,447	0,692	0,710

Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre que debo hacer	32,10	12,300	0,557	0,725
Al tener que hacer frente ante un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo	32,03	13,275	0,560	0,730

Observación: Respecto a la pregunta n° 39 (puedo obtener lo que quiero, aunque se me oponga) cabe mencionar que la redacción del ítem, generó aparente rechazo por lo que disminuyó la confiabilidad en ese ítem, sin invalidar la confiabilidad global del instrumento.

Apéndice D: Consentimiento informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participante.

La presente investigación es conducida por la Lic. Ruth Ortega Macedo, de la Universidad Peruana Unión. La meta de este estudio es determinar la relación existente entre la percepción del comportamiento del cuidado enfermero y autoeficacia del paciente en hemodiálisis del Hospital Militar Central, Lima.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista o completar una encuesta. Esto tomara aproximadamente 10' minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario o la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto será anónima. Una vez transcrita la entrevista se destruirá.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en el igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en alguna forma. Si algunas de las preguntas durante la entrevista le parece incomoda tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradezco con su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la Lic. Ruth Ortega Macedo. He sido informado(a) de que la meta de este estudio es determinar la relación existente entre la percepción del comportamiento del cuidado enfermero y autoeficacia del paciente en hemodiálisis del Hospital Militar Central, Lima.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomara aproximadamente 10' minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la Lic. Ruth Ortega Macedo al teléfono 961847632.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento informando me será entregada y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido. Para esto, puedo contactar a la Lic. Ruth Ortega Macedo al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del participante

Firma del Participante

Fecha

(en letra de imprenta)

Apéndice E: Matriz de consistencia

Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	Variables Percepción del comportamiento del cuidado humanizado. Autoeficacia	Tipo y Diseño Tipo de investigación: Básica, con enfoque cuantitativo. Diseño: es no experimental, transeccional, descriptivo - correlacional y de corte transversal.
¿Cómo se relacionan la percepción del comportamiento del cuidado humanizado con la autoeficacia de los pacientes en hemodiálisis del hospital Militar Central, Lima 2019?	Determinar la relación de la percepción del comportamiento del cuidado humanizado con la autoeficacia de los pacientes en hemodiálisis del hospital Militar Central, Lima.	Existe relación directa entre la percepción del comportamiento cuidado humanizado y la autoeficacia del paciente en hemodiálisis en el hospital Militar Central.		
Específicos	Específicos	Específicos		
¿Cuál es la percepción del comportamiento del cuidado humanizado de los pacientes en hemodiálisis del hospital Militar Central?	Identificar la percepción global del comportamiento del cuidado humanizado de los pacientes en hemodiálisis del hospital Militar Central.	La apertura a la comunicación enfermera paciente, se relaciona directamente con la autoeficacia de los pacientes en hemodiálisis en el hospital Militar de Lima.		

¿Cuál es la autoeficacia del paciente en hemodiálisis del hospital Militar Central?	Conocer la autoeficacia del paciente en hemodiálisis del hospital Militar Central.	La disposición para la atención, se relaciona directamente con la autoeficacia de los pacientes en hemodiálisis en el hospital Militar de Lima.
¿Cómo se relaciona la dimensión de priorizar el sujeto de cuidado con la autoeficacia de los pacientes en hemodiálisis del hospital Militar Central?	Establecer la relación de la dimensión de priorizar el sujeto de cuidado con la autoeficacia de los pacientes en hemodiálisis del hospital Militar Central.	Las cualidades del hacer de enfermería, se relaciona directamente con la autoeficacia de los pacientes en hemodiálisis en el hospital Militar de Lima.
¿Cómo se relaciona la apertura a la comunicación enfermera paciente con la autoeficacia del paciente en hemodiálisis del hospital Militar Central?	Establecer la relación de la apertura a la comunicación enfermera paciente con la autoeficacia de los pacientes en hemodiálisis del hospital Militar Central.	
¿Cómo se relaciona la cualidad del hacer de enfermería con la autoeficacia de los pacientes en hemodiálisis del hospital Militar Central?	Establecer la relación de la cualidad del hacer de Enfermería con la autoeficacia de los pacientes en hemodiálisis del hospital Militar Central.	

Apéndice F: Autorización institucional



"Año de la lucha contra la corrupción e impunidad"

Jesús María, 27 de Setiembre de 2019

Oficio N° 1154/ AA-11/8/HMC/DADCI

Señora Lic. en Enfermería ORTEGA MACEDO RUTH

Asunto: Autorización para realizar trabajo de investigación que se indica

Ref: a. Solicitud del interesado s/n del 25/9/2019
 b. Proyecto de investigación (52 fóllos)
 c. Directiva N° 002/ Y- 6.j.3.c./05.00 "Normas para la realización de trabajos de investigación y ensayos clínicos en el Sistema de Salud Del Ejército".

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., para comunicarle que visto el proyecto de Investigación, el Comité de Ética del HMC, aprueba que Usted Sra. Lic. Enfermería ORTEGA MACEDO RUTH (Universidad Peruana Unión), realice el Trabajo de Investigación, titulado: "PERCEPCION DEL COMPORTAMIENTO DEL CUIDADO ENFERMERO Y AUTOEFICACIA DE LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE LIMA, 2019".

Por tal motivo como investigadora debe coordinar con el Servicio de Nefrología, Dpto. de Seguridad y Dpto. de Registros Médicos (Historias Clínicas) de nuestro hospital, sin irrogar gastos a la institución, sujetándose a las normas de seguridad existentes, incluyendo el consentimiento informado para actividades de docencia e investigación, a fin de no comprometer a la Institución bajo ninguna circunstancia, asimismo al finalizar el estudio deberá remitir una copia del trabajo en físico y virtual al Departamento de Capacitación del HMC (DADCI) para su conocimiento y difusión.

Es propicia la oportunidad para expresarle nuestra consideración más distinguida.

Dios Guarde a Ud.




 310082777-A+
LUIS MENDIETA MORODIAZ
 C.R.L. EP
 Jefe del DADCI
 HOSPITAL MILITAR CENTRAL

DISTRIBUCIÓN:

- Interesado.....01
 - Serv. Nefrología01 (C'inf)
 - Dpto. Seguridad..... 01 (C'inf)
 - Dpto. Registros médicos..... 01 (C'inf)
 - Archivo..... 01/04
 LAMM/eyl

Apéndice G: Carta de aceptación del Comité de Ética



"Año de la lucha contra la corrupción e impunidad"

Jesús María, 27 de Setiembre de 2019

Oficio N° 1154/ AA-11/8/HMC/DADCI

Señora Lic. en Enfermería ORTEGA MACEDO RUTH

Asunto: Autorización para realizar trabajo de investigación que se indica

Ref: a. Solicitud del interesado s/n del 25/9/2019
 b. Proyecto de investigación (52 fóllos)
 c. Directiva N° 002/ Y- 6.j.3.c./05.00 "Normas para la realización de trabajos de investigación y ensayos clínicos en el Sistema de Salud Del Ejército".

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., para comunicarle que visto el proyecto de Investigación, el Comité de Ética del HMC, aprueba que Usted Sra. Lic. Enfermería ORTEGA MACEDO RUTH (Universidad Peruana Unión), realice el Trabajo de Investigación, titulado: "PERCEPCION DEL COMPORTAMIENTO DEL CUIDADO ENFERMERO Y AUTOEFICACIA DE LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE LIMA, 2019".

Por tal motivo como investigadora debe coordinar con el Servicio de Nefrología, Dpto. de Seguridad y Dpto. de Registros Médicos (Historias Clínicas) de nuestro hospital, sin irrogar gastos a la institución, sujetándose a las normas de seguridad existentes, incluyendo el consentimiento informado para actividades de docencia e investigación, a fin de no comprometer a la Institución bajo ninguna circunstancia, asimismo al finalizar el estudio deberá remitir una copia del trabajo en físico y virtual al Departamento de Capacitación del HMC (DADCI) para su conocimiento y difusión.

Es propicia la oportunidad para expresarle nuestra consideración más distinguida.

Dios Guarde a Ud.



[Firma]
 310062777-A+
LUIS MENDIETA MORODIAZ
 CRL EP
 Jefe del DADCI
 HOSPITAL MILITAR CENTRAL

DISTRIBUCIÓN:

- Interesado.....01
 - Serv. Nefrología01 (C'inf)
 - Dpto. Seguridad..... 01 (C'inf)
 - Dpto. Registros médicos..... 01 (C'inf)
 - Archivo..... 01/04
 LAMM/eyl

Apéndice H: Características generales de los participantes

Tabla H1

Distribución de frecuencias de las características generales de los pacientes de Hemodiálisis en el hospital Militar Central, Lima 2019

Variables y categorías	n	%
Sexo		
Masculino	39	65.0
Femenino	21	35.0
Escolaridad		
Sin estudios	1	1.7
Primaria	8	13.3
Secundaria	13	21.7
Superior	38	63.3
Ocupación		
No trabaja	51	85.0
Trabaja	9	15.0

Tabla H2

Medidas de resumen cuantitativas de pacientes de Hemodiálisis en el hospital Militar Central, Lima 2019

Variables	Min	Max	Me	RI	\bar{x}	S
Edad	22	85	62,00	22.00	61,48	14.98
Tiempo de enfermedad	0.25	32	5.00	11.00	7,9943	7,70
Tiempo de tratamiento en Hemodiálisis	0.25	19.00	3,00	5.55	4,70	4,75

Apéndice I: Comprobación de supuestos para los estadísticos de prueba de hipótesis

Tabla II

Medidas de resumen cuantitativas de pacientes de Hemodiálisis en el hospital Militar Central, Lima 2019

	K-S^a	gl	<i>p</i>
Priorizar al sujeto	0,380	60	0,000
Apertura de la comunicación	0,299	60	0,000
Cualidades del hacer	0,290	60	0,000
Percepción del comportamiento del cuidado enfermero	0,278	60	0,000
Autoeficacia	0,300	60	0,000

Nota: Corrección de significación de Lilliefors (^a)

La Tabla II presenta la comprobación de los supuestos de normalidad, se hizo uso de la prueba de Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors por tratarse de una muestra superior a 50, los valores de la prueba muestran que los datos no se ajustan a la distribución normal ($p < 0.000$) en ninguna de las variables generales, ni en las dimensiones de la variable comportamiento del cuidado enfermero.