CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y LA FELICIDAD

PERSPECTIVA DEL PERSONAL DE ATENCIÓN





Jesus Roger Chavez Parillo
Reyna Ysmelia Peralta Gomez
Rosario Abigail Castelo Collado
Azucena Natividad Prado Espinoza

EDITORIAL KUNTUR

Cuidados de enfermería y la felicidad: Perspectiva del personal de atención / Jesus Roger Chavez Parillo - Reyna Ysmelia Peralta Gomez - Rosario Abigail Castelo Collado -Azucena Natividad Prado Espinoza. La Paz: Editorial Kuntur, 2025
114 pp.
ISBN: 978-9917-639-37-4
1. Enfermería, 2. Felicidad, 3. Personal de atención.

Cuidados de enfermería y la felicidad: Perspectiva del personal de atención

Depósito legal: 4-1-7621-2025
ISBN: 978-9917-639-37-4
DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17779335

@ Jesus Roger Chavez Parillo
@ Reyna Ysmelia Peralta Gomez
@ Rosario Abigail Castelo Collado
@ Azucena Natividad Prado Espinoza

Edición
Editorial Kuntur

Diseño de carátula y composición:
Editorial Kuntur

Edición electrónica:
Editorial Kuntur

© Editorial Kuntur
La Paz, Bolivia
www.editorialkuntur.com

Editado en Bolivia/ *Published in Bolivia*

Primera Edición: noviembre de 2025

Todas nuestras publicaciones son sometidas a un proceso de arbitraje doble ciego de pares externos (*Peer Review Double Blinded*).

Queda prohibida la reproducción bajo cualquier modalidad de toda o una parte de esta obra sin autorización expresa del titular de los derechos.



Licencia *Creative Commons* Reconocimiento - NoComercial - SinObraDerivada *3.0 Unported License*

CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y LA FELICIDAD

Perspectiva del personal de atención

Jesus Roger Chavez Parillo
Reyna Ysmelia Peralta Gomez
Rosario Abigail Castelo Collado
Azucena Natividad Prado Espinoza

EDITORIAL KUNTUR

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS 7

ÍNDICE DE FIGURAS 9

INTRODUCCIÓN 10

CAPÍTULO I

LA EXPERIENCIA VIVIDA DEL CUIDADO EUDEMÓNICO:
UNA INDAGACIÓN FENOMENOLÓGICA DE LA FELICIDAD
EN ENFERMERÍA 13

1.1 De la Medición al Significado: Justificación de un Enfoque Fenomenológico para el Bienestar en Enfermería 15

1.2 El "Fluir" (Flow) en la Práctica Clínica: Perspectivas de las Enfermeras sobre Experiencias Cumbre y Gratificación en el Cuidado del Paciente 16

1.3 La Naturaleza Recíproca de la Relación Terapéutica 18

1.4 Barreras para la Eudaimonía 19

1.5 La Esencia del Cuidado Feliz 21

CAPÍTULO II

DISEÑO Y EVALUACIÓN DE UN MODELO
DE INTERVENCIÓN DE "PRÁCTICA POSITIVA DE ENFERMERÍA 25

2.1 Fundamentos Teóricos para la Intervención: Integrando Principios de la Psicología Positiva y el Modelo de Competencias de Patricia Benner 26

2.2 El modelo de “Práctica Positiva de Enfermería” **28**

1.2.1 Componente 1: Fomento de la Autonomía y el Job Crafting (adaptación proactiva del puesto) en la asignación del cuidado..... **29**

1.2.2. Componente 2: Implementación de estructuras de Mentoría para alinear los Desafíos Clínicos con los niveles de habilidad, reduciendo la ansiedad y el aburrimiento. **31**

1.2.3 Componente 3: Capacitación en Liderazgo para la creación de un Entorno Laboral significativo y de apoyo. **33**

CAPÍTULO III

POLÍTICA, GESTIÓN Y ECONOMÍA DE LA FELICIDAD EN ENFERMERÍA **36**

3.1 La Felicidad de la Enfermera como Indicador Crítico del Sistema de Salud: Más allá de las métricas tradicionales de Satisfacción Laboral **37**

3.2 El Impacto de las Políticas Laborales en el Bienestar: Un Análisis Crítico de la Estabilidad Contractual y su Relación con la Felicidad y Retención del Personal de Enfermería **39**

3.3 El Rol del Liderazgo de Enfermería: Estrategias para la Gerencia Hospitalaria en el cultivo de una Cultura de Cuidado que incluya a los Propios Cuidadores **41**

3.4 Recomendaciones para la Formación en Enfermería: Integración de la Resiliencia, la Psicología Positiva y el Autocuidado en el Currículo Central **42**

3.5 El Argumento Económico para una Fuerza Laboral de Enfermería Feliz..... **44**

CAPÍTULO IV

CUIDADO ENFERMERO EN LA FELICIDAD DEL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL DEL PERÚ 46

4.1 Introducción 46

4.1.1 Objetivo General 48

4.1.2. Objetivos Específicos 48

4.1.3 Hipótesis 48

4.1.4 Definición Operacional de Variables 49

4.2 Aspectos Metodológicos 51

4.2.1 Tipo y Diseño de Investigación 51

4.2.2 Procedimiento 52

4.2.3 Descripción del Lugar de Estudio 53

4.2.4 Población y Muestra 53

4.2.4.3 Muestra 55

4.2.5 Métodos, Técnicas e Instrumentos 57

4.2.5 Resultados de la Prueba de Normalidad de la Muestra 62

4.2.6 Conclusiones de la Prueba de Normalidad de la Muestra 62

*4.*3 Hallazgos 62

4.4 Discusión y Conclusiones 88

REFLEXIONES FINALES 97

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 99

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1
Cuidado Enfermero **49**

Tabla 2
Felicidad **51**

Tabla 3
Distribución de la población de estudio por Servicio del HRHD, Arequipa 2020 ..... **54**

Tabla 4
Muestreo estratificado según servicios del HRHD, Arequipa 2020 ..... **56**

Tabla 5
Escala de Likert para Variable X: Cuidado Enfermero **57**

Tabla 6
Resumen de procesamiento de casos para Variable X: Cuidado Enfermero **58**

Tabla 7
Estadísticas de fiabilidad para Variable X: Cuidado Enfermero **58**

Tabla 8
Escala de Likert para Variable Y: Felicidad **59**

Tabla 9
Resumen de procesamiento de casos para Variable Y: Felicidad **59**

Tabla 10
Estadísticas de fiabilidad para Variable Y: Felicidad **60**

Tabla 11
Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra con corrección de significación de Lilliefors **61**

Tabla 12
Población de estudio según edad, sexo y estado civil, Arequipa 2020 ..... **65**

Tabla 13
Población de estudio según características laborales, Arequipa 2020.....66

Tabla 13
Población de estudio según características laborales, Arequipa 2020.....67

Tabla 14
Población de estudio según tiempo de trabajo en el hospital y en el servicio, Arequipa 2020.....68

Tabla 15
Población de estudio por servicio según su principal motivo de felicidad, Arequipa 2020......69

Tabla 16
Población de estudio según nivel de felicidad y sus dimensiones, Arequipa 2020......70

Tabla 17
Población de estudio según nivel de cuidado enfermero y sus dimensiones, Arequipa 2020......72

Tabla 18
Población de estudio por características sociodemográficas según nivel de cuidado enfermero, Arequipa 2020......75

Tabla 19
Población de estudio por características laborales según nivel de cuidado enfermero, Arequipa 2020.....76

Tabla 20
Población de estudio por características sociodemográficas según nivel de felicidad, Arequipa 2020......80

Tabla 21
Población de estudio por características laborales según nivel de felicidad, Arequipa 2020......82

Tabla 22
Correlación entre cuidado enfermero y felicidad en el personal del departamento de enfermería del hrhd, Arequipa 2020.....87

Tabla 23
Correspondencia entre las áreas de competencia del cuidado enfermero y las condiciones de la felicidad como flujo.....91

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1
Tipo y Diseño de Investigación **52**

Figura 2
Muestra **55**

Figura 3
Muestra aplicada **55**

Figura 4
Distribución Normal de la Variable Cuidado Enfermero **63**

Figura 5
Distribución Normal de la Variable Felicidad **64**

Figura 6
Análisis de regresión lineal entre felicidad y cuidado enfermero en el personal del departamento de enfermería del HRHD, Arequipa 2020 ..... **86**

INTRODUCCIÓN

El carácter de imprescindibilidad de la enfermería dentro del sistema de salud mundial, ha estado históricamente enfocado en cualidades técnicas, la seguridad del paciente o la utilización adecuada y pertinente de los recursos médicos. No obstante, durante los últimos años, se ha establecido una estrecha relación entre la calidad de la asistencia sanitaria y el bienestar integral, tanto físico como psicológico, de quien la proporciona, priorizando así la cualidad humana de la enfermera en el desempeño de sus funciones. Las consiguientes páginas abordan de manera reflexiva y profunda esta retroalimentación, misma que se relaciona directamente con el desarrollo eudemónico de los profesionales del cuidado.

Textos recientes relacionados a la gestión hospitalaria y a los servicios sanitarios de asistencia hacen hincapié en las complejas limitaciones que están naturalmente asociadas al desempeño ocupacional de las enfermeras: el agotamiento mental y físico, la presión del entorno y la complejidad emocional. Sin embargo, este trabajo no tiene como objeto cuantificar el éxito en el área de la enfermería por la inexistencia de quejas o por la facilidad de adherencia protocolar; más bien, busca desviar ese enfoque hacia el aprovechamiento del potencial humano y a la realización profesional de aquellos individuos dedicados al cuidado del enfermo, teniendo como eje central la eudaimonía, la cual sugiere, en este contexto, una relación profunda con los propósitos laborales bajo sentimientos de felicidad y gratificación.

Siendo así, esta investigación reviste una triple finalidad: el conocimiento y entendimiento de la felicidad en el desarrollo de las experiencias de cuido

y asistencia desde un prisma subjetivo, estructurar modelos de asistencia viables y teóricamente sustentados que propicien el desarrollo eudemónico del ejercicio profesional y, por último, comprender los factores de diversa índole (económicos, políticos, administrativos, organizacionales, etc.) que fomentan el desarrollo de una comunidad laboral satisfecha y feliz.

1) La experiencia vivida del cuidado eudemónico: una indagación fenomenológica de la felicidad en enfermería. En el primer capítulo se busca argumentar cuán necesario es ir más allá de los modelos tradicionales para describir de manera fenomenológica la satisfacción profesional y laboral, entendiendo que la eudaimonía se basa, a modo práctico, en la observación detallada, profunda y cualitativa, lo que desemboca en experiencia del cuidado efectiva y genuina. Asimismo, se analizan las etapas de las experiencias vividas por el personal de enfermería y el sentimiento de recompensa natural del acto de cuidar pacientes.

2) Diseño y evaluación de un modelo de intervención de "práctica positiva de enfermería". Una vez comprendidas las bases desarrolladas en el primer capítulo, el segundo se centra en una respuesta práctica fundamentada en la psicología positiva, así como el Modelo de Adquisición de Competencias de la enfermera Patricia Benner, quien describe el proceso a través del cual el novato se hace experto. Igualmente, se argumenta que la cultura del cuidado basado en la eudaimonía se construye desde la capacitación y el liderazgo efectivo que entienda la labor de la enfermería como un propósito colectivo.

3) Política, gestión y economía de la felicidad en enfermería. El trabajo enfatiza que la felicidad en las enfermeras, funge, también, como un indicador del funcionamiento del sistema de salud, reflejado, por supuesto, en la atención que reciben los pacientes y los resultados que en él se evidencian. De igual manera, se analizan también las políticas laborales y contractuales y su afectación respecto a la captación y retención del personal de enfermería, por lo cual se presentan estrategias de gerencia hospitalaria.

4) Cuidado enfermero en la felicidad del personal del departamento de enfermería de un hospital del Perú. La investigación se ejemplifica a través de un estudio del desarrollo ocupacional de la enfermería en el contexto hospitalario peruano, poniendo de manifiesto las realidades y desafíos que enfrenta la enfermería en la región. Por tanto, esta investigación, desde diversas aristas y centrada en el desarrollo ocupacional sanitario, busca la trascendencia de la enfermería como una profesión en la cual el bienestar del profesional incide ampliamente en la excelencia del servicio de asistencia médica tan importante en nuestra sociedad.

CAPÍTULO I

LA EXPERIENCIA VIVIDA DEL CUIDADO EUDEMÓNICO: UNA INDAGACIÓN FENOMENOLÓGICA DE LA FELICIDAD EN ENFERMERÍA

Se entiende por fenomenología a una corriente de filosofía cuyo objeto de estudio son las experiencias subjetivas de los seres humanos, relacionando los fenómenos y la conciencia sin tomar en cuenta los prejuicios. Van Manen (2003), formula una metodología investigativa de carácter cualitativo denominada fenomenología hermenéutica, cuyo objeto está relacionado a la experiencia vivida, su descripción y análisis reflexivo. De acuerdo con Ayala (2008), la investigación persigue la comprensión a profundidad de las vivencias personales cotidianas de los individuos, estableciendo una relación de dependencia recíproca entre fenomenología y hermenéutica. El trabajo señala cuatro acciones fundamentales:

a) Guiar la investigación desde un planteamiento fenomenológico inicial,

b) Obtener una descripción real de la experiencia a través de fuentes fenomenológicas,

c) Interpretar los componentes esenciales de la experiencia desde el análisis y la reflexión, y

d) Representar en palabras el resultado de la interpretación fenomenológica de manera sensible e interpretativa.

Guerrero-Casteñeda y González-Soto (2022) utilizan la fenomenología hermenéutica en el campo del cuidado y establece, desde un punto de vista crítico, que el trabajo de Van Manen funciona como una herramienta sólida para dar sentido a los fenómenos de las experiencias en torno a la enfermería. Se puede establecer tres elementos fundamentales que caracterizan a la experiencia vivida: su carácter pre-analítico e inmediato, relacionado al "fluir" y a la conciencia natural de pertenencia al mundo; la carencia de objetividad, es decir, la forma personal de interpretar los fenómenos, y la relación entre la percepción de la experiencia vivida y el fenómeno.

Por otra parte, Moore (2019) recupera los principios aristotélicos para definir la eudaimonía, sosteniendo que el término está directamente conectado a la realización de una vida plena, marcando un énfasis en la autenticidad, los propósitos personales y los valores firmes.

- Siendo así, dicha concepción promueve el crecimiento personal desde un espacio que supera los placeres efímeros. Alfaro (2023) resalta algunas cualidades de la eudaimonía, dando especial relevancia al principio que la considera a dicho concepto como objetivo principal del ser humano, un punto culmen al cual todos deben aspirar para autorrealizarse.

- En segundo lugar, establece que dicho fin no es optativo ni opcional, pues resalta que optar a dicho bien supremo no es algo sujeto a deliberación, más bien, lo único que se puede deliberar son los medios a través del cual el sujeto busca alcanzar dicha meta de satisfacción definitiva y personal. Realizar actividades basadas en la eudaimonía permite vivir experiencias de enriquecimiento individual significativo, lo que produce una sensación mayor de bienestar (Moore, 2019).

Quintana Alonso et al., (2022) sostiene, basado en entrevista realizadas a enfermeras, que la felicidad profesional nace de la vocación y el acto de cuidar a otros. Las entrevistadas sugieren que factores como la sensación de bienestar subjetivo, el cuidado cercano y la conexión entre pacientes, familiares y cuidadores funcionan como un "motor de la felicidad". Se puede afirmar, pues, que el cuidado eudemónico no está solamente ligado a la satisfacción de la paciente dada por la experiencia de salud y bienestar general, sino que también se relaciona con la cualidad recíproca que permite al cuidador reafirmar su vocación de servicio y construir una eudaimonía basada en la satisfacción laboral plena.

1.1 De la Medición al Significado: Justificación de un Enfoque Fenomenológico para el Bienestar en Enfermería

Acuña y Arias (2013) argumentan que los enfoques cuantitativos no son suficientes para realizar un análisis amplio y complejo de la enfermería, pues la misma sostiene una relación directa e imprescindible con la naturaleza social y la respuesta de los individuos al entorno, por lo cual las autoras centran su investigación en el rescate de la calidad humana dentro de los espacios teóricamente dominados por las ciencias. Se contraponen, entonces, dos concepciones epistemológicas: la ciencia de los hechos y la ciencia de las esencias, un contraste muy pertinente en el estudio de las disciplinas humanas.

La primera, de carácter cuantitativo, relacionada a la corriente del positivismo o empirismo lógico, tiene como objetivo el entendimiento de aquellos hechos que pueden observarse, analizarse, medirse y verificarse por medio de la razón lógica y busca, también, la creación de principios nomotéticos o universales a través del estudio de variables que deben derivar en resultados objetivos, y responde a los planteamientos causa-efecto por medio de análisis, experimentos, estadísticas, etc. La segunda, en cambio, se enfoca en los fundamentos de Edmund Husserl, es decir, la fenomenología, de carácter cualitativo, que trasciende las mediciones y los análisis objetivos y concretos, dando paso a la interpretación de la

experiencia vivida, tanto en esencia como en estructura, basándose, pues, en concepciones subjetivas obtenidas a través de la observación profunda y la comunicación interpersonal. (Acuña y Arias, 2013).

Siendo así, la ciencia de los hechos se rige por la medición y la ciencia de las esencias por el significado. Abordando ambas concepciones desde una situación hipotética, si se tuviese que investigar y estudiar la satisfacción laboral de los profesionales en el área de la enfermería, el enfoque cuantitativo se valdría de métodos estadísticos comprobables con un resultado expresado en cifras, y el enfoque cualitativo abordaría el estudio por medio de entrevistas fenomenológicas basadas en las experiencias subjetivas del personal entrevistado. De este modo, se entiende que la metodología idónea para migrar de la medición al significado es la fenomenología, la cual permitirá fortalecer el desarrollo de la profesión dado su carácter humanístico. La calidad de la experiencia sanitaria dependerá, por supuesto, del bienestar de la enfermera.

1.2 El "Fluir" (Flow) en la Práctica Clínica: Perspectivas de las Enfermeras sobre Experiencias Cumbre y Gratificación en el Cuidado del Paciente

En el marco de la psicología positiva se desarrolló el concepto de "Fluir" (Flow), el cual describe una experiencia en la que un sujeto se haya absorto en la realización de una actividad que le proporciona sentimientos de satisfacción personal, creando un estado mental idóneo, pues el sistema de recompensa está inherente al goce de la actividad desarrollada. Dicha inmersión surge en la convergencia de dos factores que generan un balance: el reto que supone al individuo llevar a cabo una tarea, y las aptitudes que posee para realizarla (Csikszentmihalyi, 1990).

Durante la ejecución de dicha tarea tienen cabida distintos factores que sustentan el "flow": la dualidad fundamental entre acción y conciencia, que permite al sujeto el seguimiento de su intuición; el descarte de elementos distractores, focalizando la ejecución de la tarea a través de la

concentración plena; la claridad de los objetivos planteados durante el desarrollo de la actividad y la retroalimentación respecto a su desempeño; la autopercepción de capacidad para alcanzar el éxito en la ejecución de la tarea; la inhibición del interés de la imagen propia; la alteración en la percepción temporal, bien sea más rápida o lenta, y la estimulación inherente a la situación en curso. (Csikszentmihalyi, 2010) De acuerdo con Hevia et al., (2012), en el contexto sanitario, especialmente en el área de la enfermería, las atenciones hacia el paciente requieren un alto estándar de habilidades técnicas, facultad para la toma de decisiones bajo presión y pensamiento analítico, donde se manifiesta el antes mencionado "flow".

Maslow, 1968 describe las experiencias cumbre como momentos efímeros que benefician la salud y el funcionamiento humano a través de sentimientos de realización personal. Destaca la cualidad no intencional de estas experiencias, la sensación de vivir el mundo como un todo, la sensación de trascendencia respecto al ego y al tiempo, la intensa conexión entre el sujeto y el objeto de la experiencia y la sensación de gratitud posterior. Maslow argumenta, también, que los efectos posteriores a la experiencia cumbre tienen un impacto duradero, significativo y positivo en el sujeto, el cual puede ayudar al fortalecimiento del "yo" y actuar de manera terapéutica y curativa en el sujeto.

Durante este proceso de ejecución de la labor profesional, las enfermeras viven escenarios de alta exigencia emocional y física que pueden constituir experiencias cumbres u óptimas. Dichas circunstancias pueden abarcar desde el manejo de situaciones críticas que alineen la acción y la conciencia, hasta la ejecución de procedimientos complejos de los cuales dependa la integridad del paciente. Un alto médico, por ejemplo, puede significar una experiencia cumbre para la enfermera debido a la gran satisfacción que puede proporcionarle, especialmente cuando el paciente haya atravesado momentos críticos (Vargas-López et al., 2025). En momentos de emergencias sanitarias, como la pandemia de COVID-19, el personal de enfermería tiende a experimentar el sentimiento de "superhéroe",

manifestando orgullo y satisfacción a causa del buen desempeño de sus funciones (Zinsou, 2023).

Ahora bien, hablar de gratificación en el desarrollo vocacional de la enfermería refiere, principalmente, a la experimentación de estímulos ajenos a las recompensas externas; dicho en otras palabras, al goce producido por la ejecución adecuada de la actividad profesional en sí (Csikszentmihalyi, 2000).

De acuerdo a algunas entrevistas realizadas a profesionales del cuidado, Chávez et al., (2020) explican que la capacidad de los mismos de ver a sus pacientes de manera holística es la principal fuente de gratificación; es decir, aportar un enfoque humanista, que supere la mera ejecución de atención al paciente, combinando el cuidado de calidad, la conexión interpersonal y la satisfacción profesional. Para Colmenares y Aguilar (2020) las mayores recompensas del personal de enfermería vienen dadas por el sentimiento de satisfacción laboral devenido de la utilización correcta de las habilidades propias para generar un impacto positivo en la salud del paciente, lo que produce en la enfermera bienestar emocional y una posible reducción de la sensación de cansancio, también denominado "burnout". Así, pues, la retroalimentación existente entre "flow" y cuidado afianza la conexión entre el personal de enfermería y la dimensión humana y ética de su rol de cuido, auspiciando el desarrollo eudemónico profesional.

1.3 La Naturaleza Recíproca de la Relación Terapéutica

Tal como se ha venido explicando, la relación enfermera-paciente no es de carácter unidireccional, sino que se basa en un intercambio en el cual ambas partes conviven tras un fin común. Dicha relación transciende de la implementación de conocimientos técnicos a un proceso interpersonal complejo que amerita comunicación asertiva, alteridad, confianza, respeto y disposición. Ahora bien, la reciprocidad requiere una integración conjunta, pues, mientras la enfermera asume su rol de ayuda y cuidado, el paciente debe involucrarse en sus requerimientos médicos para facilitar la ejecución adecuada de su tratamiento (Peplau, 1952). La Revista Cubana

de Enfermería (2016) manifiesta que los cimientos necesarios para que esta relación sea sólida deben ser, principalmente, la buena comunicación, la adaptabilidad y la autonomía. El sentido de propósito enfocado en el acompañamiento y el cuidado refuerza el valor vocacional del personal de enfermería (Watson, 1979).

Orlando (1961) hace una acotación interesante sobre el crecimiento personal de la enfermera a causa de las interacciones con sus pacientes, pues afirma que hacer frente a condiciones de salud complejas y ajenas imprime en el personal sanitario mayor capacidad empática y un importante desarrollo de aptitudes para las relaciones interpersonales, cargando de sentido al desempeño laboral. Es importante destacar que la creación de vínculos auténticos entre ambas partes es fundamental para alcanzar la satisfacción moral (Ética de los Cuidados, 2013). Cuando el profesional de la enfermería pone en práctica sus virtudes laborales en pro de la satisfacción de los requerimientos del paciente se sumerge en el ejercicio de la vida plena, incrementando el sentido de propósito del profesional.

1.4 Barreras para la Eudaimonía

El florecimiento humano a través de la vida buena es un proceso continuo que no siempre se desarrolla al ritmo deseado. Muchas veces este se ve obstaculizado, desde la perspectiva del personal de enfermería, por una gran variedad de factores en los sistemas y las estructuras laborales; mismos que dificultan la realización plena del potencial personal a través de las virtudes, tal como rezan los principios aristotélicos, de modo que la capacidad de los profesionales para brindar un cuidado holístico se ven limitadas. Antes de ahondar en cuáles son las limitaciones mencionadas, es pertinente dejar claro qué sostienen los autores sobre el cuidado holístico.

Rodrigo-Jiménez et al., (2014), citando a Hernández et al., (2018) describen al ser humano como algo más que la suma de sus partes, comprendiendo a los individuos desde su interacción con su contexto. En el caso de la enfermería holística, la misma persigue la promoción de

la humanización plena e integral de los sujetos desde un espacio mental, emocional y espiritual saludable (Salud a Diario, 2022). La enfermera estadounidense Martha Rogers, a través de su concepción de" ser humano unitario", imprime el holismo a la vocación del cuidado, describiendo al paciente como un "todo único con integridad propia" (Mijangos, 2014). Por su parte Watson, 2014 explica que la enfermera tiene el deber de participar en la formación del equilibrio de cuerpo, mente y alma de sus pacientes, con la finalidad de conseguir el conocimiento personal. Siendo así, la atención holística en la enfermería rebasa la rigidez de la técnica para implicarse de forma cercana y genuina en el proceso de satisfacción de las necesidades del paciente.

Habiendo sentado esta base, el proceso de búsqueda de sentido y satisfacción laboral desde un punto de vista eudemónico, se puede hallar truncado por experiencias vividas de monotonía y agotamiento físico y mental en los profesionales de la enfermería, pues las vivencias diarias en el ambiente laboral pueden oponerse al florecimiento profesional. Se explica que las tareas técnicas rutinarias y repetitivas en el trabajo pueden causar una pérdida de foco, empatía hacia el paciente y falta de propósito, contrario al desarrollo eudemónico de la profesión, y al mismo tiempo se describe cómo la autonomía laboral puede limitarse cuando los profesionales se exponen a la sobrecarga de trabajo y el exceso de la demanda de cuidado.

El síndrome de "burnout" o agotamiento excesivo, aporta a la enfermera una sensación de ineficiencia, poca utilidad y cinismo que se contrapone al modelo que propone la felicidad del cuidado. Algunos estudios incluso han llegado a determinar que las situaciones de estrés excesivo como la incapacidad para detener el deterioro o sufrimiento de un paciente, e incluso su muerte, puede propiciar un sentimiento de vacío existencial que dota de frustración e impotencia las emociones de la enfermera (Sánchez y Sánchez, 2022). Rengifo (2021) hace hincapié en cómo estas experiencias dificultan el control de las emociones en los profesionales sanitarios.

En otras ocasiones, las limitantes del desarrollo holístico de la enfermería son agentes externos relacionados, a menudo, con las políticas sanitarias

de las administraciones y gobiernos, las cuales cercenan la capacidad del cuidador a prestar un servicio integral y humanizado. Las jornadas laborales largas, la invalidación profesional y los pagos deficientes y retrasados, generan insatisfacción en el personal de enfermería según el Consejo Internacional de Enfermeras (2025) afirmando que, en comparación a otras áreas de conocimiento, esta cifra se duplica en el sector de la salud. Estos fallos institucionales socavan el desarrollo vocacional y personal de las enfermeras. También, otros factores como la escasez de medicamentos, los altos riesgos de contagio de virus y enfermedades, la violencia laboral y los ambientes hostiles generan sentimientos negativos en el personal y disminuye, en consecuencia, la calidad del cuidado.

1.5 La Esencia del Cuidado Feliz

Bien se ha explicado que el desarrollo de la felicidad en la enfermería es una experiencia que trasciende el conocimiento técnico, al punto de acercarse a las dimensiones filosóficas del cuidado, de modo que el profesional percibe que la esencia de su rol comienza en su propio bienestar, el cumplimiento de sus deberes morales y éticos, y la capacidad de conectar genuinamente con sus pacientes. Allí empieza el desarrollo profesional feliz. Humanizar el cuidado es, entonces, un acto de compromiso que la enfermera asume para con el paciente. Ahora bien, en el desarrollo de esa relación entre ambas partes, emerge una tendencia en la cual las enfermeras descuidan su propio bienestar a la par que velan por el confort del otro (Carrasco et al., 2022).

De esta manera, surge para el enfermero un nuevo imperativo: cuidar de sí mismo. Esta nueva necesidad es un requerimiento indispensable para el mantenimiento de la estabilidad mental, física y emocional de los profesionales de la enfermería, y funciona, a su vez, como un factor evasivo del agotamiento extremo (Franco Muñoz, 2009). La esencia eudemónica del cuidado reside, también, en la satisfacción del personal de enfermería, teniendo que, una enfermera que vive experiencias que resaltan su valor personal y profesional, en las cuales se siente apoyada en el contexto de un

ambiente laboral agradable, imprime en el cuidado altos índices de calidad y desarrollo de felicidad para ambas partes (Mansilla, 2021)

Asimismo, es importante enfatizar que la autenticidad en las relaciones enfermera-paciente es vital para el desarrollo de un cuidado feliz. Watson (1979) en su Teoría del Cuidado Humano, explica cómo las acciones intersubjetivas y transpersonales son fundamentales en el mantenimiento de la relación humana y constituye, por lo tanto, la esencia de la misma. La implicación entre el cuidador y quien es cuidado requiere de la presencia auténtica de ambos y la disposición a prestar y recibir apoyo se torna indispensable. Esto último pudiera compararse con la honestidad que menciona Waldow, (1998), la cual no es más que estar abierto a uno mismo y al otro en el "viaje" que supone cualquier relación humana. Rubiano Mesa y Ruiz Silva (2013) sugieren que, durante el desarrollo del cuidado feliz, los imperativos éticos y morales guían las acciones de las enfermeras, permitiendo que por medio de ellos se garantice la dignidad humana del paciente más allá de las acciones meramente sanitarias.

El camino de realización profesional de las enfermeras está formado de virtudes personales, por medio de las cuales los profesionales del cuidado afianzan su propósito vocacional. La paciencia es clave y esencial en ese proceso, pues a partir de ella permiten que su paciente transite su propio camino a su ritmo. La esperanza es otra cualidad intrínseca a la enfermería y debe ejercerse con consciencia, rechazando la creación de expectativas inalcanzables en el paciente, ya que esto socavaría cualquier sentido de dignidad humana (Waldow, 1998). El carácter terapéutico de la esperanza mostrada por la enfermera consigo misma y con el paciente, contribuye a la autonomía de quien es cuidado.

Hablando de autonomía del paciente, conviene explicar que las implicaciones de este principio ético residen principalmente en el respeto a la capacidad del paciente de tomar decisiones, ya que un cuidado eudemónico permite al individuo sentirse seguro y con el poder de participar activamente en su proceso de cuidado, siempre que esté bien informado de su estado de salud y de las implicaciones que acarrea su tratamiento. Lopera-de Peña,

2014 argumentan que esto supondrá un mayor autocontrol y disposición de autocuración en el paciente. Orem citada por Navarro y Castro (2010) resalta que las enfermeras también tienen la función de incentivar la independencia rápida en sus pacientes, ayudándolos a realizar acciones de autocuidado.

Ahora bien, cambiando de perspectiva, del paciente al profesional, las enfermeras deben poseer la capacidad de razonar, en base a sus conocimientos y experiencia profesional, sobre cuáles son las decisiones correctas y pertinentes manteniéndose independientes al paciente (Barbagallo y Sosa, 2020).

Cordero et al., (2024) explican que la autonomía profesional representa un elemento indispensable que dota de sentido propio a la enfermería. Es importante comprender que respetar la autonomía de la toma de decisiones del paciente no es lo mismo que anular la autonomía profesional del cuidador.

El cuidado eudemónico implica "saber ser y estar" por parte del profesional, pero sin dejar de lado el "saber hacer". Es decir, proporcionar un espacio en el que el paciente sea considerado un todo absoluto y su bienestar general transcienda del bienestar físico es vital para el desarrollo de la enfermería feliz; sin embargo, las competencias profesionales del cuidador, su ética y sus habilidades aseguran una atención donde prime la excelencia. Soto-Fuentes et al., (2014) invitan al pensamiento sistémico, pues argumentan que la resolución efectiva de problemas reside en las habilidades técnicas y cognitivas en la aplicación de procedimientos, y refuerzan, también, la importancia de la formación constante, el desarrollo de nuevas habilidades y el florecimiento de características vitales en el ejercicio de la enfermería como la comunicación asertiva, la empatía y la proactividad.

Por su parte, Cánovas (2006) describe un carácter antropológico a toda situación de cuidados, y sugiere que el profesional debe estar permanentemente atento a las señales psicológicas y físicas del doliente. La esencia del cuidado feliz es, por tanto, un compendio de factores en

los cuales el cuidador y el paciente comparten un proceso de compromiso bidireccional que combina servicio, habilidades técnicas, dedicación, conocimientos e interacción genuina que buscan alcanzar sentimientos de satisfacción mutua.

CAPÍTULO II

DISEÑO Y EVALUACIÓN DE UN MODELO DE INTERVENCIÓN DE "PRÁCTICA POSITIVA DE ENFERMERÍA

Crear un modelo de intervención en el desempeño del rol vocacional del cuidado no es más que la ejecución de un proceso sistemático cuya finalidad sea plasmar la teoría eudemónica de la enfermería en acciones específicas y cuantificables. Siendo así, un modelo de este tipo tendría por función guiar la práctica diaria de las enfermeras desde una planificación y estructura teórica, permitiendo al personal sanitario que sus acciones no sean netamente reactivas a la condición del paciente, sino que se enfoquen hacia el desarrollo del bienestar general del mismo desde la proactividad y el conocimiento. Este modelo de intervención está segmentado en dos fases: diseño y evaluación. Sánchez-Herrera et al., (2021) sugieren que la primera etapa del proceso comienza por identificar qué aspectos tienen carácter imprescindible al hablar del cuidado feliz, siendo algunos: la promoción del autocuidado, la autonomía del paciente o la creación de un espacio emocional seguro. Y la etapa de evaluación, que debe velar por la funcionabilidad y efectividad del modelo, garantizando que el mismo pueda replicarse y, a su vez, contribuya a la evolución clínica del paciente.

Un modelo de intervención basado en la Práctica Positiva de la Enfermería comprende factores elementales que permiten el desarrollo integral del cuidado. Así pues, el rol de la enfermera debe ser facilitar al paciente un espacio de sanación idóneo basado en la comunicación efectiva y la empatía, y educarlo según su realidad, necesidades y limitaciones. El objetivo de este un modelo de este tipo es superar la barrera del bienestar hedónico, en el cual el paciente se limita a estar bien, y alcanzar el bienestar holístico, con el cual el paciente consiga sentirse plenamente bien, con alta calidad de vida y una salud restaurada a pesar de las limitaciones (Marriner y Railler, 2007).

En consecuencia, se vuelve crucial para el sistema sanitario conocer cuan acertado es el modelo de intervención implementado, de modo que, la etapa evaluativa comprende una medición de los resultados médicos y su impacto en el paciente a través de indicadores específicos que contemplen variables diversas como el índice de mejoramiento de la calidad de vida, la reducción de la incidencia de complicaciones, entre otros. Entonces, por medio de una metodología concreta y estructurada se conocerá si existe o no la evidencia suficiente que permita implementar el modelo de intervención en pro de un cuidado eudemónico de altos estándares y excelente calidad (Hagle et al., 2020).

2.1 Fundamentos Teóricos para la Intervención: Integrando Principios de la Psicología Positiva y el Modelo de Competencias de Patricia Benner

Una práctica positiva de la enfermería está fundamentada en la, ya mencionada, eudaimonía, relacionada a las ideas de “la vida buena” y “florecer a través de las virtudes”. A diferencia de la práctica médica tradicional, enfocada expresamente en la curación de las patologías y el alivio de sus síntomas, los principios de la psicología positiva en la enfermería velan por la consolidación de las capacidades y cualidades de los pacientes y sus enfermeras. Conseguir el máximo bienestar del paciente, aun cuando este atraviesa una situación médica compleja, es la finalidad

que plantea un modelo como este (Carvajal y Sánchez-Herrera, 2018). Según Seligman (2018) el mejoramiento de la calidad de vida viene dado por la promoción de la búsqueda de propósito y de emociones positivas.

Cuando se aplica la psicología positiva en la enfermería, se consigue un ambiente donde prima el optimismo, la gratitud y la autoeficacia del paciente. El personal de enfermería se enfoca en promover el planteamiento de metas como un factor importante en la búsqueda de propósito del paciente. Igualmente, la celebración de los logros obtenidos por parte de quien es cuidado se torna indispensable en la aplicación de la intervención de la psicología positiva en la enfermería. Cuando este enfoque se aplica, el estado de ánimo del paciente cambia sustancialmente, fortaleciéndose y mejorando su condición física y mental (Fredrickson, 2001).

"De Principiante a Experta" es un modelo de desarrollo de cualidades médicas en el personal de enfermería, el cual plantea una estructura que introduce la práctica de la psicología positiva en la enfermería. Establece cinco niveles de competencia:

1) Principiante, nivel en el cual la persona carece de experiencia en el campo médico, por lo cual se rige estrictamente por reglas y procedimientos preestablecidos, pues no sabe cómo evaluar el contexto ni cómo dar prioridad a lo más importante;

2) Principiante avanzado, en él, la persona posee una experiencia que le permite reconocer patrones y, a pesar de también depender de las reglas, tomar decisiones basadas en lo que ha aprendido;

3) Competente, etapa en la que la enfermera tiene al menos dos años de experiencia, posee conocimientos, pero debe seguir creciendo;

4) Eficiente, aquí empieza el enfoque holístico de la enfermería, las decisiones son más intuitivas y se reconocen prioridades fácilmente; y

5) Experta, una fase de óptimo desempeño de la enfermera, gran intuición, agilidad y ejecución del cuidado (Benner, 1984).

Según este modelo, solamente una enfermera eficiente o experta tiene la capacidad de identificar una situación (diagnóstico, paciente, contexto) de manera holística y hacer uso de sus habilidades e intuición para aplicar estrategias positivas que permitan la implementación de la enfermería basada en la felicidad y el "florecimiento" del paciente (Benner et al., 2009). En este sentido, para alcanzar un desarrollo eudemónico del cuidado se debe, en primera instancia,

a) Dominar la práctica de la psicología positiva, yendo más allá de los protocolos establecidos y entendiendo la situación clínica como un conjunto médico, social, emocional;

b) Utilizar la intuición de la enfermera como base para implementar estrategias que promuevan la felicidad, y

c) Promover el autocuidado en el paciente, ayudándolo a conseguir su propósito desde el acompañamiento ético y responsable.

2.2 El modelo de "Práctica Positiva de Enfermería"

Como se ha explicado, y según Pereira (2024), la Práctica Positiva en la Enfermería está relacionada a las particularidades gremiales y estructurales que inciden de manera directa e indirecta en el bienestar general de los cuidadores, la excelencia del servicio de enfermería y la evolución del doliente. Por ello, la práctica positiva de la enfermería promueve un espacio en el cual las enfermeras sienten que sus esfuerzos realizados son puestos en valor, además de sentirse tomadas en cuenta y seguras de sí mismas, y esto se traduce en calidad del cuidado (Hospital Internacional de Colombia, s.f.).

Un modelo de práctica profesional (MPP) eficiente se asienta en cualidades que auspician el buen cuidado y la gratificación. Para Pereira et al., (2024)

el trabajo conjunto y el apoyo mutuo entre los profesionales sanitarios, la independencia de los cuidadores en la toma de decisiones y el enfoque holístico del cuidado eran parte de estas cualidades o componentes. Implementar, por tanto, un MPP incide directa y sustancialmente en el contexto clínico general (menor incidencia de rotación de personal, menores índices de agotamiento, mayor satisfacción del personal sanitario y una mejor percepción de la calidad del servicio de enfermería). Según Tucker et al., (2024) una de las características más importantes de los MPP es que facilitan la denominada práctica basada en la evidencia (PBE), traduciendo los resultados de la investigación en el cuidado del paciente y, por consiguiente, en su resultado clínico.

1.2.1 Componente 1: Fomento de la Autonomía y el Job Crafting (adaptación proactiva del puesto) en la asignación del cuidado.

La autonomía de las enfermeras en la toma de decisiones es el primer componente a describir y, tal como se ha introducido en párrafos anteriores, refiere a la autoridad que posee el personal de enfermería de hacer un juicio crítico sobre los protocolos y órdenes médicas, de modo que, a partir de sus conocimientos, pueda proponer nuevas estrategias o modificar las existentes con la finalidad de ajustar el tratamiento a las necesidades o requerimientos personales del paciente (Verbel Vergara et al., 2021). Esto se refiere a que la enfermera tenga la capacidad de tomar decisiones sin que sea necesaria la previa intervención de un superior. También, se puede ejercer la autonomía laboral a través de la identificación de prioridades y en la gestión del tiempo, de modo que la enfermera pueda administrar los recursos de forma adecuada durante su turno laboral y de acuerdo a las urgencias y exigencias de cada paciente.

Tucker et al., (2024) argumenta que la autonomía profesional se ejerce mejor y de manera más efectiva en entornos en los cuales las enfermeras son consideradas unos miembros vitales de los equipos médicos. Estos espacios, garantes del respeto interprofesional y de la colaboración mutua, permiten que la opinión del personal de enfermería sea escuchada y que la

promoción de dicho trabajo conjunto beneficie directamente al paciente (Verbel Vergara et al., 2021).

Ahora bien, en torno a la adaptación proactiva del puesto (Job Crafting), asociado a la psicología organizacional, es una concepción que autoriza que los empleados puedan ir creando su rol, de modo que el mismo se adecúe a sus habilidades, convicciones y deseos (Pereira et al., 2024). Este concepto hace uso de la proactividad natural de la autonomía laboral en la cual el individuo, más allá de seguir protocolos, interviene de forma activa en ejecutar cambios pertinentes al rol o puesto que desempeña.

El profesional de enfermería puede, por consiguiente, aplicar tres tipos de cambios respecto al rol que desempeña:

1) Rediseño de Tareas (*Task Crafting*), dimensión en la cual la enfermera decide la cantidad o el tipo de tareas que ejecutará;

2) Rediseño de Relaciones (*Relational Crafting*), el cual consiste en modificar las relaciones interpersonales en el espacio laboral; y

3) Rediseño Cognitivo (*Cognitive Crafting*), que consiste en otorgar un mayor sentido a una actividad que la enfermera pueda considerar poco satisfactoria, tiene que ver con un cambio en la manera de percibir el significado del trabajo a realizar (Pereira et al., 2024).

Entonces, la primera refiere al cambio en el número o forma de tareas a realizar, como cambiar una tarea administrativa por una educativa; la segunda, enfocada en la sociabilidad con los demás en el entorno clínico, por ejemplo, relacionarse con el nuevo personal para proyectar cercanía o autoridad; y la tercera, relacionada a la búsqueda de sentido a determinadas tareas, de manera que una enfermera podría dejar de ver la documentación rigurosa como algo tedioso y verla como una respaldo legal indispensable.

Dar espacio al job crafting impacta en las dinámicas organizacionales del desempeño laboral, lo que permite optimizar el rol de las enfermeras,

obteniendo un aumento del bienestar y mayores índices de satisfacción en los profesionales del cuidado. Tucker et al., 2024 relaciona directamente la adaptación proactiva del puesto con el impacto en la asignación del cuidado, de modo que, las enfermeras que tiene la facultad para organizar sus tareas de acuerdo a sus cualidades y convicciones, desempeñan su rol con mayor compromiso, reflejando su bienestar en el cuidado al paciente.

1.2.2. Componente 2: Implementación de estructuras de Mentoría para alinear los Desafíos Clínicos con los niveles de habilidad, reduciendo la ansiedad y el aburrimiento.

Kramer et al., (2021) afirma que implementar estructuras formales de mentoría en el desarrollo vocacional de la enfermería constituye un ejercicio organizacional positivo, el cual se vuelve imprescindible para la satisfacción del personal, su retención y la excelencia del cuidado. Dichas estructuras se establecen como un sistema de crecimiento profesional mutuo de largo plazo, trascendiendo de la propia capacitación o mentoría. Tiene como objeto principal simplificar el proceso de ingreso de las nuevas enfermeras, cooperando en la transición del contexto académico a la realidad del entorno clínico. Para Álvarez-Rodríguez y González (2023), estas orientaciones deben ser realizadas por profesionales de la enfermería poseedores de altas competencias, larga preparación y formación pedagógica, quienes asumirán el rol de mentores, guía, ejemplos a seguir y sostén social y psicológico.

El Principio de la Zona Desarrollo Próximo de Vygotsky es citado por Smith y Johnson, 2020 para referirse a la relación existente entre los desafíos clínicos y los niveles de habilidades en las enfermeras, pues argumentan que este concepto es clave dentro de la pedagogía y que puede adaptarse al contexto sanitario, entendiéndose que dicho principio es vital para alcanzar los objetivos de la mentoría como práctica positiva de la enfermería. Se pueden describir, entonces, dos figuras; las del mentor, encargado de guiar a su aprendiz, y la del "mentee", quien es el receptor de la guía, el alumno. Esto es un proceso que puede segmentarse en etapas:

- La etapa inicial consiste en una evaluación diagnóstica de habilidades, pues el mentor somete a una prueba a su alumno para conocer en cuáles áreas es hábil y competente. Esta fase es crucial para determinar no solo las habilidades técnicas, sino también algunos rasgos psicológicos del individuo, como la toma de decisiones, el control de las emociones y el pensamiento analítico. Kramer et al., (2021) explica cómo el mentor, luego de haber hecho y habiéndose basado en la diagnosis inicial, pone a prueba a su pupilo con retos clínicos levemente mayores a las capacidades demostradas por el mentee, en el espacio de la Zona de Desarrollo Próximo.

- Por último, Álvarez y González (2023) explican cómo la etapa final se basa en el Andamiaje (Scaffolding), esto es, una fase de apoyo transitorio en la cual los mentores ayudan a sus guiados en la realización de tareas que aún no son capaces de superar por sí mismos, por lo cual los guía hacen uso de instrucciones, preguntas guiadas y otras técnicas para que el pupilo consiga adquirir nuevos conocimientos y habilidades. Una vez que el nuevo aprendizaje se afiance, la guía o el andamiaje se separan gradualmente, garantizando una evolución continua para el guiado y, en consecuencia, para el sistema sanitario.

Asimismo, la mentoría es indispensable para que los nuevos profesionales de la enfermería no se vean sobrepasados por las situaciones críticas y de estrés que se viven en el entorno médico, siendo las tutorías un soporte emocional contra estos factores. En este sentido, los pupilos asumen que sus mentores son, también, un espacio psicosocial seguro en el que pueden trasmitir su vulnerabilidad e inseguridad sin miedo al juicio o al castigo (Choi y Kim, 2017). De este modo, los mentores se adecúan al entorno laboral y al cumplimiento de su rol, haciendo frente a la ansiedad con los recursos que tienen a su disposición. Así pues, el tutor da claridad frente a las expectativas de los nuevos profesionales a la par que convierte las regulaciones y protocolos médicos en tareas habituales que puedan asimilar como previsibles y prácticas (Kramer et al., 2021). Por su parte, Smith y Johnson (2020) aseguran que, tras haberse reducido la ansiedad por la sobrecarga en el desempeño de su rol incipiente, las mentorías previenen

el síndrome de burnout, promoviendo la resiliencia y la adaptabilidad en el personal de enfermería.

Si bien se habló de la sobrecarga como un factor generador de estrés, existe otro elemento denominado "subcarga", el cual, contrariamente, produce aburrimiento, falta de motivación o desinterés, pues refiere a la asignación constante e invariable de tareas repetidas o por debajo de las capacidades del mentee. Como punto de fuga a la subcarga, se plantea la optimización de la experiencia. No solo los nuevos profesionales requieren de mentoría, pues algunos con más experiencia necesitan de ellas en sus aspiraciones de crecimiento laboral o en situaciones en las que deban cambian de área dentro del espacio clínico. En estos casos, el mentor esboza planes de desarrollo personalizados, haciendo uso de recursos de participación activa, especialización e investigación que sirvan de acompañamiento para quien lo requiera y le ayuden a mantener altos índices de motivación (Álvarez-Rodríguez y González, 2023). En este contexto de alineación entre retos y capacidades, la mentoría posibilita el, antes mencionado, estado de flow, pues existe motivación y promoción del conocimiento para el mentee, quien aumenta el compromiso y la productividad (Kramer et al., 2021).

1.2.3 Componente 3: Capacitación en Liderazgo para la creación de un Entorno Laboral significativo y de apoyo.

Peña y Arango (2022) sostienen que, en la formación de un entorno laboral saludable en enfermería, la capacitación en liderazgo es primordial, especialmente en el modelo de práctica positiva. Más allá de promover la obtención de habilidades en gerencia clínica u hospitalaria, esta formación permite a las enfermeras imprimir estímulos de motivación y transformación positiva a sus equipos de trabajo y a la calidad de sus atenciones a los pacientes (Morán Vera et al., 2023). Teniendo esto en cuenta, el liderazgo significa propiciar el desarrollo holístico del personal de enfermería, sabiendo que el mismo está ligado intrínsecamente al rendimiento y a la excelencia del cuidado y no exclusivamente a la

administración de tareas y responsabilidades. Entonces, promover un liderazgo que involucre a todos los componentes de un grupo, aumenta las capacidades de organización del mismo, así como también el bienestar y la autonomía de las enfermeras, siendo esto clave en el rendimiento de la asistencia sanitaria (Kohnen et al., 2024; Wang et al., 2024).

Shen et al. (2023) afirman que el centro de toda estrategia de práctica positiva de enfermería debe ser el liderazgo transformacional, pues se distingue por incentivar y promover el crecimiento profesional de todos los miembros del equipo de cuidado. La preparación según este esquema permite a las enfermeras adquirir los recursos necesarios y esenciales que den pie a un ambiente laboral positivo y confiable en el cual primen los valores que rigen el ejercicio vocacional del cuidado. Sabbah (2022) explica que un líder transformacional consigue que los demás, más allá de cumplir con sus roles y tareas, superen las expectativas, en un entorno en donde se les permite ser parte de la toma de decisiones, logrando como resultado altos índices de satisfacción y una reducción del síndrome de burnout.

Capacitar en liderazgo no es tarea fácil; lograrlo con eficiencia contempla una variedad de factores a tener en cuenta. Principalmente, la comunicación debe ser efectiva, pues de allí deviene la capacidad de transmitir mensajes claros con objetivos concretos, la retroalimentación constructiva, la empatía, y la escucha y participación activa (López y García, 2022). Un líder que se comunica con asertividad, genuinidad y entusiasmo permite que los demás componentes del equipo confíen en su visión y dirección, pues produce confianza (Sate et al., 2025).

La capacitación en liderazgo debe, también, estar centrada en la creación de competencias para la resolución de conflictos, la autorregulación emocional y colectiva, dada la exigencia que implica ejercer la enfermería (Peña-Alfaro y Arango-Bayer, 2022). Un programa de liderazgo también tiene la tarea de auspiciar la formación constante y la autoconciencia, reconociendo las enfermeras sus propias fortalezas y debilidades. Se promueve así, el establecimiento de metas SMART (específicas, medibles,

alcanzables, relevantes y en un plazo definido), las cuales buscan traducir una intención en un plan de ejecución definido (Morán Vera et al., 2023).

Para un líder, los retos se presentan como oportunidades de innovación y adaptación a ritmos de trabajo distintos, donde los errores cometidos no se vean como una causa de reprimenda, sino como un generador de aprendizaje indispensable para el desarrollo del potencial del personal de enfermería (Liderazgo en Enfermería, s/f; Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, s/f).

La formación de un entorno de cuidado positivo es el resultado directo de la capacitación en liderazgo y un líder capacitado es vital para infundir un sentido de pertenencia, deber y organización importante (Specchia et al., 2021). En relación a la formación de un espacio de apoyo, un líder delega tareas de forma adecuada, empodera a su grupo y promueve la autonomía profesional (Wang et al., 2024). Para Nurmeksela et al., (2021) un líder es justo equilibrado en la distribución de tareas, no reduce solamente su propia sobrecarga y promueve el aumento de la satisfacción gremial y el bienestar emocional de cada miembro del equipo. Se fomentan así, conductas que promueven el bienestar social dentro del entorno clínico como el apoyo o la ayuda mutua, contribuyendo al buen ambiente laboral (Shen et al., 2023). Para Xue et al., (2025) invertir en liderazgo es invertir en la calidad del cuidado y en el mejoramiento de los resultados médicos del paciente.

CAPÍTULO III

POLÍTICA, GESTIÓN Y ECONOMÍA DE LA FELICIDAD EN ENFERMERÍA

En los capítulos anteriores, se abordaron múltiples características y componentes del desarrollo eudemónico en la práctica de la enfermería. White (2021) sugiere que el enfoque tradicional de la felicidad laboral, centrado a los niveles personales y colectivos dentro del espacio clínico, sea trasladado a un ámbito macroestructural. Esta reacomodación de perspectivas es esencial, pues el bienestar laboral y el florecimiento personal antes descrito no están separados de la estructura organizacional, las políticas operativas, la eficiencia en la gestión, ni de la situación económica del sistema de salud. Por lo tanto, anteponer la felicidad de las enfermeras es una decisión que implica más que el autocuidado o la promoción de bienestar, requiriendo un cambio total en la estructura organizacional que rige los servicios sanitarios. Este capítulo se enfocará en la indagación del impacto del desarrollo eudemónico de la enfermería (entendido como una necesidad táctica, no solo ética) en la eficiencia, rendimiento, excelencia y gestión económica de los centros de salud (Chen, 2023).

Integrar, pues, la eudaimonía en las métricas de funcionamiento clínico y en las políticas de salud da paso a consecuencias directas en la consistencia y permanencia del personal sanitario y en las finanzas de operación (Gómez, 2022). De la no realización de estas transformaciones, emergen, síntomas de insatisfacción laboral y agotamiento excesivo como la rotación de personal y el ausentismo. Esto afecta el sistema económico, pues la gerencia se ve en la obligación de destinar recursos en reclutamiento de personal, jornadas de capacitación y adiestramiento, posibles pagos por turnos extra, entre otros. Siendo así, la inserción de la eudaimonía al entorno clínico, lejos de ser un gasto prescindible, es una inversión estratégica y rentable, y el objetivo de la misma trasciende el bienestar laboral de las enfermeras en pro de la optimización del capital humano. La enfermera se vuelve, por tanto, una referencia organizacional y un propulsor del cuidado de excelencia (Smith, 2024).

3.1 La Felicidad de la Enfermera como Indicador Crítico del Sistema de Salud: Más allá de las métricas tradicionales de Satisfacción Laboral

Como bien se introdujo, este capítulo tiene por objeto abordar la idea de que el bienestar y el desarrollo eudemónico del personal de enfermería es más compleja que las consideraciones individuales y personales, pues trasciende como indicador del funcionamiento clínico, prediciendo la calidad del cuidado y del sistema de salud en general (Grant, 2021). Esta perspectiva permite la cuantificación de resultados más allá de las estadísticas tradicionales de satisfacción o burnout.

Di Fabio (2022) expresa como las métricas utilizadas convencionalmente para valorar el estado de las enfermeras, como las encuestas sobre ausentismo, satisfacción profesional o índices de rotación, no bastan para determinar la condición real del entorno sanitario. Para Salanova (2018) la satisfacción laboral se mide de forma pasiva, pues tiene que ver con el cumplimiento, o no, de las expectativas del trabajador en cuanto a sueldo, carga horaria, relaciones entre el personal, etc. Ahora bien, esta

satisfacción no garantiza que las enfermeras experimenten una sensación de florecimiento o un gran sentido de propósito laboral, pues esto se relaciona más a los estratos psicológicos y cognitivos que refieren de manera directa a la demostración de proactividad en la ejecución de las tareas.

Duffield (2020) hace acotaciones interesantes, pues, según su trabajo, el desgaste laboral (mental, físico y emocional), tradicionalmente utilizado como métrica del sistema sanitario, es un indicador reactivo que identifica los obstáculos solo cuando estos ya han producido el deterioro. En contraposición, asegura que los índices de eudaimonía son medidores proactivos y positivos que actúan como agentes preventivos, pues, al analizar rasgos positivos en el entorno clínico, impiden el enquistamiento de problemáticas tanto individuales como colectivas. El objetivo, más allá de la evitación del burnout, es la promoción del compromiso profundo.

De este modo, la felicidad, como un estado que combina emociones, sentimientos y sensaciones positivas, emerge como un indicador que, según Fredrickson (2013), predice los efectos organizativos y de atención sanitaria. El autor construye la Teoría de la Amplitud y Construcción, la cual explica cómo las emociones asociadas a la felicidad, permiten al personal sanitario sufrir un crecimiento cognitivo que les permite hacer frente a situaciones clínicas complejas desde la creatividad, a la par que experimentan un crecimiento personal basado en la resiliencia, el mejoramiento en la toma de decisiones y las habilidades de interacción social.

Salanova (2018) señala también que la importancia de la relación simbiótica entre el bienestar del personal y la seguridad del paciente, destacando tres factores clave:

1) La felicidad y el compromiso del personal de enfermería se evidencia en la atención a los detalles,

2) Las enfermeras felices reportan con mayor frecuencia las incidencias de seguridad; y

3) El personal sanitario comprometido imprimen en el cuidado la cualidad holística, humanizando al paciente y demostrando empatía hacia él.

Los índices de felicidad y compromiso también impactan la retención de nuevo personal y la gestión de recursos clínicos, pues una plantilla realizada profesionalmente bajo estándares positivos, reduce las tasas de absentismo y, por consiguiente, disminuye los gastos de rotación de personal (retención, capacitación, etc.). La inversión en bienestar se vuelve, entonces, una estrategia sostenible a nivel sanitario. Por lo tanto, se hace vital la implementación de un enfoque que estudie más que la variable de "satisfacción", abordando aspectos subjetivos percibidos por el personal a través de encuestas y demás instrumentos que permitan la medición de estas cualidades (Grant, 2021). Esto último refuerza lo dicho por Di Fabio (2022), quien expresa que el funcionamiento de la felicidad como un factor clave de medición en la gestión clínica general, debe integrar el uso de herramientas y métodos sistemáticos en conjunto con el cuadro de mandos y otras mediciones clínicas y económicas.

Para Duffield (2020), la promoción de la felicidad en el contexto sanitario debe ser promovida por los líderes organizacionales y no por la enfermera de forma individual. Reconocer, pues, el desarrollo eudemónico en la enfermería como un indicador esencial del funcionamiento clínico, es un llamado a la organización y al liderazgo.

3.2 El Impacto de las Políticas Laborales en el Bienestar: Un Análisis Crítico de la Estabilidad Contractual y su Relación con la Felicidad y Retención del Personal de Enfermería

Analizar las consecuencias de los compromisos contractuales en el entorno clínico es una tarea que debe abordarse desde una perspectiva crítica que

considere la gestión del capital humano y la salud ocupacional sanitaria. El impacto de la estabilidad en los contratos se refleja, en primera instancia, en los índices de estrés y ansiedad en las enfermeras. Un contrato indefinido dota de seguridad al personal clínico permitiéndoles idear propósitos personales y laborales a largo plazo (Smith y Johnson, 2020). La seguridad clínica, pues, funge como una barrera protectora ante el agotamiento excesivo y la ansiedad, ayudando así mejorar el bienestar emocional del personal del cuidado (Chirinos, 2018). Si bien el impacto psicológico es uno de los factores a los que más atención se presta, López (2022) enfatiza la importancia del bienestar material o retribución integral, que comprende aspectos como seguros médicos, bonificaciones o planes de pensión. Siendo así, los contratos fijos reconocen las virtudes, valía y trayectoria del personal sanitario, contribuyendo al mejoramiento de la experiencia laboral dentro de la institución médica y fomentando los valores de la justicia y el mérito. Los enfermeros que experimentan sensaciones de seguridad laboral tienen a desarrollar sentido de pertenencia duradero con la institución, pues los mismos se sienten identificados con la visión y la misión de la organización. Ramírez (2017) señala que el personal de enfermería es capaz de mejorar la calidad de la atención sanitaria cuando deja de percibir incertidumbre por el futuro laboral,

La rotación del personal de enfermería es vista como una de las consecuencias principales de condiciones de inconsistencia e inseguridad sanitaria. Definir los acuerdos legales significa hacerse de una herramienta esencial que garantiza la retención de personal, ya que reduce en ellos la búsqueda constante de mejores oportunidades laborales. Una institución que promete consistencia contractual permite que la inversión en capacitación permanente sea sostenible, pues la recuperación de ese capital es factible cuando el personal se mantiene en la institución por un período duradero (López, 2022). La continuidad en el desempeño de funciones garantiza la acumulación de experiencia y el conocimiento del entorno clínico, permitiendo la excelencia en el cuidado y la sinergia grupal. En cambio, la rotación habitual demanda una asignación de recursos permanente a la capacitación de nuevo personal.

Si bien la estabilidad contractual fomenta el bienestar, importa reconocer que no es el único factor que permite el desarrollo de la felicidad en el contexto clínico. Martínez y Vega (2019) argumentan que otros factores, como el burnout o la sobrecarga laboral, pueden socavar las consecuencias positivas de la seguridad laboral. Por lo tanto, es importante que exista una consonancia entre la estabilidad del contrato y las políticas de trabajo para que el florecimiento laboral sea factible. Según Chirinos (2018) la estabilidad es la base, pero debe complementarse con políticas que aseguren la calidad del desenvolvimiento laboral.

3.3 El Rol del Liderazgo de Enfermería: Estrategias para la Gerencia Hospitalaria en el cultivo de una Cultura de Cuidado que incluya a los Propios Cuidadores

El arquetipo sanitario que basaba el funcionamiento gerencial de los recintos de salud en un enfoque administrativo ha evolucionado con miras al humanismo, lo cual permite el abordaje del cuidado al cuidador, más allá del cuidado al doliente. Esto se vuelve imprescindible cuando se tiene la certeza de su influencia en la calidad asistencial y la seguridad del paciente. En este sentido, liderar el ejercicio de la enfermería trasciende la supervisación de tareas, pues debe contemplar la creación de un espacio seguro en el cual los enfermeros puedan ser reconocidos como seres vulnerables que requieren atención. Esto se relaciona a lo antes expuesto sobre la Teoría del Cuidado Humano, pues refiere al carácter recíproco de la atención genuina. Entonces, quien tiene la responsabilidad de liderar el desenvolvimiento del personal de enfermería, debe auspiciar también el autocuidado; esto en pro del bienestar de los sanitarios y de la consistencia de su discurso y, a su vez, de la experiencia institucional.

Para incentivar la cultura del liderazgo transformacional y genuino, la gerencia debe fomentar, a diferencia del liderazgo transaccional, el desarrollo general y eudemónico del personal de enfermería, intrínseco a la práctica positiva en el área. Según la literatura académica, aquellos líderes que se desenvuelven bajo los principios éticos y morales, promueven la

gratificación y evitan el cansancio laboral excesivo. Para Wei et al., (2020) la creación de relaciones cimentadas en el respeto mutuo y la confianza, permite a la directiva gerencial validar los rasgos emocionales de su plantilla de profesionales del cuidado, siendo este un factor indispensable en el mantenimiento de la ejecución asertiva de roles en momentos de alta exigencia.

La gerencia, pues, debe partir de los estamentos teóricos dela filosofía del cuidado para crear políticas reales que garanticen un Entorno de Práctica Saludable. Esto abarca la aplicación de técnicas organizacionales (como la creación de quipos de soporte emocional o de respuesta a contingencias) que conduzcan a la reducción de la sobrecarga profesional. En este sentido, la gestión de riesgos debe considerar que la inversión en políticas relacionadas a la salud emocional del personal, no es un gasto superfluo, sino que constituye un indicador esencial de la calidad del sistema sanitario y de la gestión de recursos humanos (Melnyk et al., 2020).

Por ende, la construcción de espacios laborales que promuevan la cultura del cuidado es imprescindible para asegurar en el personal la seguridad psicológica y la disposición a mantener canales de comunicación abiertos entre todos los componentes de la estructura organizacional. De este modo, los líderes sabrán cómo fomentar un clima laboral positivo, basado en el compromiso del personal, la justicia laboral y el respeto institucional. Este enfoque sistemático garantiza que la atención no sea unidireccional, sino que alcance a todos los sectores del entorno clínico, comprendiendo así, institución, enfermera y paciente.

3.4 Recomendaciones para la Formación en Enfermería: Integración de la Resiliencia, la Psicología Positiva y el Autocuidado en el Currículo Central

Introducir competencias afines al buen desenvolvimiento psicoemocional en la formación académica y profesional de la enfermería ha trascendido de la complementariedad a la norma, convirtiéndose el bienestar mental

en un precepto educativo, básico y ético. La American Association of Colleges of Nursing (AACN), indica expresamente que existen requisitos curriculares no optativos, sino indispensables como el autocuidado y la resiliencia, de modo que, a través de esas características, se asegure que los futuros profesionales de la asistencia mantengan altos estándares de calidad y seguridad del paciente en su trayectoria laboral (AACN, 2021).

En torno a la resiliencia, algunos estamentos teóricos plantean que los programas de apoyo académico deben sobrepasar la barrera meramente conceptual para dar relevancia al desarrollo práctico de diversas cualidades que facilitan la capacidad de respuesta frente a dificultades sanitarias. Es aconsejable llevar a cabo, desde el pensum académico, el ejercicio de simulacros clínicos controlados para fomentar así el aprendizaje profundo en los estudiantes, quienes, a través de estrategias como esta, desarrollarán un "músculo emocional", además de tácticas de adecuación frente a la crudeza sanitaria, la implementación de estrategias como esta, disminuye sustancialmente los índices de deserción estudiantil y el futuro burnout (Cleary et al., 2018).

Por su parte, la integración curricular de la psicología positiva requiere un cambio de enfoque: dejar atrás un modelo plenamente centrado en la patología, las carencias y limitaciones, y adoptar uno que priorice el florecimiento humano a partir de las virtudes y fortalezas. Implementar en la educación práctica del liderazgo concepciones de carácter constructivo y positivo, como entusiasmo, resistencia, adaptabilidad y autoeficacia, mejora el compromiso educativo o engagement y preserva a los futuros profesionales de la fatiga, auspiciando un desarrollo laboral positivo y estable (Luo y Wang, 2023).

Siendo así, el cuidado personal debe promoverse desde la academia como una responsabilidad laboral y no como una cualidad añadida. Las sugerencias actuales de las exigencias curriculares buscan fomentar el autocuidado por medio de la adjudicación de créditos universitarios a tareas que fomenten el bienestar físico, mental y emocional del alumnado, dando una validez académica a estas exigencias. Cuando el cuidado personal se

hace habitual en el programa formativo, las academias hacen eco de cuán importante es la promoción del bienestar en el personal de enfermería como requerimiento previo a la asistencia sanitaria, alineándose a los referentes internacionales de calidad del servicio vocacional de la enfermería (National Academy of Medicine, 2019).

3.5 El Argumento Económico para una Fuerza Laboral de Enfermería Feliz

Aparte de los imperativos éticos que se plantean como base para el desarrollo eudemónico en la enfermería, el incentivo económico es incuestionable para alcanzar el bienestar general de los profesionales del cuidado y, a su vez, la estabilidad de su talento humano es el cimiento de la rentabilidad de las instituciones de salud. Como bien se describió páginas atrás, la rotación de personal es un factor que "desangra" las finanzas de los centros sanitarios, pues, según argumenta NSI Nursing Solutions (2025) implica una pérdida anual de entre 3.9 y 5.7 millones de dólares. Siendo así, invertir en la felicidad de las enfermeras es sumamente rentable, pues representa un ahorro de casi 300 mil dólares anuales.

En cuanto a la seguridad del paciente, Aiken et al. (2018) explica la curiosa correspondencia del agotamiento laboral en gastos cuantiosos para el recinto médico, estableciéndose, pues, una relación entre el burnout y la incidencia de errores en la atención que conducen a infecciones recurrentes, medicaciones erróneas, etc., lo que produce un retardo en el alta médica y, además, acrecienta los gastos nosocomiales. En este sentido, propiciar la práctica positiva de la enfermería es, también, proteger los recursos clínicos. Cabe destacar que, en un hospital con buen entorno laboral y estabilidad financiera se produce una reducción importante en las tasas de reingresos y mortalidad, lo cual facilita la gestión económica y reduce la merma por complicaciones clínicas.

Según análisis globales, desatender la salud emocional de los cuidadores limita la productividad del sistema sanitario en general. El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) advierte que la realización inadecuada

de las tareas del cuidado por condiciones negativas físicas y mentales, merma la eficiencia del servicio de asistencia. De este modo, la capacidad de los recintos de salud de sostenibilidad a largo plazo, depende de su habilidad para reducir los gastos sistémicos del burnout. De acuerdo con la Academia Nacional de Medicina estos costos superan con diferencia la inversión en bienestar eudemónico. Por todo lo antes mencionado, hacer de la felicidad un requerimiento esencial del plan organizacional clínico es un requisito para la competitividad en el sector salud contemporáneo.

En definitiva, reconocer la importancia de la remuneración laboral es la base sobre la que se construye el desarrollo de la felicidad y el florecimiento profesional en el área sanitaria del cuidado. Si se entiende la eudaimonía como el descubrimiento del potencial personal y laboral, se logra la trascendencia vocacional de los enfermeros. El Consejo Internacional de Enfermeras hace hincapié en que un salario justo es más que una acción administrativa, sino la validación y el reconocimiento del esfuerzo realizado por la plantilla de asistencia. Por tanto, garantizar sueldos competitivos es indispensable para cultivar el propósito laboral y permitir que el enfermero demuestre sus virtudes técnicas y éticas en todo su esplendor (ICN, 2024).

CAPÍTULO IV

CUIDADO ENFERMERO EN LA FELICIDAD DEL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL DEL PERÚ

4.1 Introducción

La práctica enfermera, viene inherentemente acompañada de situaciones y exigencias de alta carga emocional, en este sentido, la implementación de estrategias de cuidado eudemónico, entendido como el fomento del bienestar y la autorrealización, emerge como un componente esencial dentro del proceso del cuidado enfermero, al cultivar el sentido de propósito, la conexión social y el crecimiento personal en los profesionales de enfermería, se promueve su bienestar integral y, por ende, su felicidad. Un personal feliz y satisfecho no solo ofrece una atención de mayor calidad a los pacientes, sino que también contribuye a un clima organizacional más positivo y productivo.

El cuidado enfermero, tradicionalmente abordado desde perspectivas centradas en las necesidades del paciente, el entorno, el humanismo, la cultura, la promoción de la salud o el autocuidado, encuentra un nuevo horizonte en el enfoque eudemonista, viéndolo en este caso, desde la

exploración del bienestar y la felicidad, representando en este contexto una innovación en esta relación terapéutica. Al considerar la felicidad como un elemento en la relación enfermera - paciente, se abre la puerta a estrategias de cuidado más holísticas y personalizadas, invitando este nuevo paradigma a la reflexión sobre cómo las intervenciones de enfermería pueden contribuir no solo a la recuperación física y emocional del paciente, sino también al florecimiento y la realización del personal de enfermería.

En la presente investigación se aborda el análisis de los niveles de felicidad experimentados por el personal de enfermería adscrito a los diversos servicios de un hospital público en la ciudad de Arequipa, Perú. El objetivo consiste en dilucidar la posible correlación existente entre dichos niveles de felicidad y la calidad del cuidado proporcionado por las enfermeras a sus respectivos pacientes, explorando, además, la relación entre los niveles de felicidad y diversas características individuales, familiares y laborales que puedan incidir en el bienestar de este grupo de profesionales de la enfermería. Se espera que los resultados de este estudio contribuyan a una mejor comprensión de los factores que influyen en la felicidad de las enfermeras y su impacto en la atención al paciente.

Según Cao y Chen (2021), en el ejercicio de la enfermería, al brindar cuidado integral al paciente, se demanda una serie de cualidades personales que no siempre están presentes y que, a su vez, pueden comprometer la salud del profesional, siendo una profesión que brinda un cuidado directo, esto conlleva un deterioro ocupacional, manifestándose en estrés crónico, fatiga por compasión y desgaste por empatía. Estos factores representan desafíos importantes para el bienestar del personal de enfermería, subrayando la necesidad de estrategias de afrontamiento y apoyo institucional para mitigar sus efectos adversos (Tellie et al., (2020).

4.1.1 Objetivo General

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

4.1.2. Objetivos Específicos

- Describir a la población de estudio según características sociodemográficas: edad, sexo y estado civil; y laborales: tipo de contrato, servicio donde trabaja y tiempo de trabajo en el hospital y en el servicio.

- Identificar el principal motivo de felicidad por servicio referido por el personal del departamento de enfermería del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2020.

- Precisar el nivel de felicidad y sus dimensiones en el personal del departamento de enfermería del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2020.

- Estimar el nivel de cuidado enfermero y sus dimensiones en el personal del departamento de enfermería del Hospital Regional III Honorio Delgado, Arequipa 2020.

- Relacionar las características sociodemográficas y laborales con el nivel de cuidado enfermero del personal de enfermería del Hospital Regional III Honorio Delgado, Arequipa 2020.

- Relacionar las características sociodemográficas y laborales con el nivel de felicidad del personal de enfermería del Hospital Regional III Honorio Delgado, Arequipa 2020.

4.1.3 Hipótesis

- H1: El cuidado enfermero influye positivamente en la felicidad del personal del departamento de enfermería del HRHD, Arequipa 2020.

- H0: El cuidado enfermero no influye en la felicidad del personal del departamento de enfermería del HRHD, Arequipa 2020.

4.1.4 Definición Operacional de Variables

a) Cuidado enfermero. El cuidado enfermero, medida mediante la escala de Neeraj Kak «Escala de cuidado de enfermería por dominios y competencias», es una variable cuantitativa en escala de razón. Las puntuaciones en esta escala oscilan entre 32 y 128 puntos, se pueden categorizar en distintos niveles para facilitar el análisis descriptivo. Esta cuantificación permite una evaluación rigurosa de la calidad de la atención de enfermería y proporciona un marco para identificar áreas de mejora.

Tabla 1

Cuidado Enfermero

Cuidado enfermero	Puntaje
Adecuado	De 104 a 128 puntos
Regular	De 76 a 103 puntos
Inadecuado	De 32 a 75 puntos
Dimensiones del cuidado enfermero	**Puntaje**
1. Rol de Ayuda	
Alto	De 15 a 20 puntos
Medio	De 10 a 14 puntos
Bajo	De 5 a 9 puntos
2. La función de diagnóstico y seguimiento del paciente	
Alto	De 15 a 20 puntos
Medio	De 10 a 14 puntos
Bajo	De 5 a 9 puntos
3. La administración y la vigilancia de las intervenciones y de los regímenes terapéuticos	
Alto	De 9 a 12 puntos
Medio	De 6 a 8 puntos
Bajo	De 3 a 5 puntos

Dimensiones del cuidado enfermero	Puntaje
4. La gestión eficaz de las situaciones que cambian con rapidez	
Alto	De 9 a 12 puntos
Medio	De 6 a 8 puntos
Bajo	De 3 a 5 puntos
5. La función de enseñanza – formación	
Alto	De 15 a 20 puntos
Medio	De 10 a 14 puntos
Bajo	De 5 a 9 puntos
6. El seguimiento y la garantía de calidad de las prácticas de cuidado de la salud	
Alto	De 12 a 16 puntos
Medio	De 8 a 11 puntos
Bajo	De 4 a 7 puntos
7. Las competencias organizadoras del rol de trabajo	
Alto	De 12 a 16 puntos
Medio	De 8 a 11 puntos
Bajo	De 4 a 7 puntos
8. El rol de consultoría	
Alto	De 9 a 12 puntos
Medio	De 6 a 8 puntos
Bajo	De 3 a 5 puntos

Nota: Elaboración Propia.

b) Felicidad. La felicidad, ha sido abordada como una variable cuantitativa susceptible de medición, utilizando la "Escala de felicidad de Lima" (Alarcón, 2016). Esta escala se encuentra basada en un rango de puntuación de 24 a 96 puntos, permitiendo una evaluación estandarizada como una variable en escala de razón, por lo que admite establecer comparaciones proporcionales entre diferentes niveles de felicidad, esta agrupación de los puntajes en niveles facilita la descripción y el análisis de la distribución de la felicidad en una población determinada,

permitiendo investigaciones empíricas y comparativas sobre los factores que influyen en el bienestar subjetivo.

Tabla 2
Felicidad

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

Nota: Elaboración Propia.

4.2 Aspectos Metodológicos

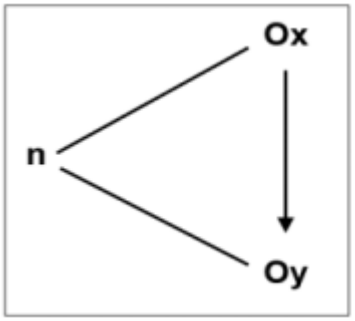
4.2.1 Tipo y Diseño de Investigación

El presente ensayo aborda la naturaleza de una investigación descriptiva con enfoque cuantitativo, cuyo diseño se define como correlacional-

causal, siguiendo la metodología propuesta por Hernández y Mendoza (2018), este tipo de diseño tiene como objetivo establecer la correlación existente entre una variable independiente, designada como X (Ox), y una variable dependiente, identificada como Y (Oy), así como la predicción de los valores de Oy basándose en los valores observados de Ox.

Figura 1

Tipo y Diseño de Investigación



Nota: Adaptado de Sánchez-Carlessi (2016).

Dónde:

n = Muestra

Ox = Variable independiente: Cuidado enfermero

Oy = Variable dependiente: Felicidad

= Causalidad

4.2.2 Procedimiento

El presente estudio se llevó a cabo siguiendo un procedimiento riguroso para garantizar la validez y confiabilidad de los resultados: para iniciar se obtuvo el consentimiento de todos los participantes, siendo estos

informados del estudio antes de su inclusión en la investigación, después, se procedió a realizar una prueba piloto en el Hospital Goyeneche, abarcando al 10% de la población objetivo, con el fin de identificar posibles ajustes y mejorar la claridad de los instrumentos de medición, la etapa central del estudio consistió en la aplicación directa de los instrumentos de medición sobre la felicidad y el cuidado enfermero a las enfermeras asistenciales de los servicios del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, durante el período comprendido entre diciembre de 2019 y febrero de 2020 y finalmente, se procedió a la elaboración del informe final, donde se analizaron e interpretaron los datos recopilados, presentando las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

4.2.3 Descripción del Lugar de Estudio

El Hospital Regional III Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, fue fundado el 18 de julio de 1960, inicialmente como Hospital General, adquirió su designación actual en 1976. Se encuentra ubicado en la Av. Alcides Carrión # 505, La Pampilla. Es dependiente del Ministerio de Salud, siendo un centro de atención de III nivel de complejidad. Su ámbito de influencia abarca a la población urbana, periurbana, semirrural y rural de Arequipa. La infraestructura hospitalaria se organiza en cinco áreas esenciales: medicina, cirugía, materno infantil, área crítica y área ambulatoria. El hospital cuenta con una fuerza laboral de aproximadamente 1200 empleados, incluyendo 182 médicos, 373 enfermeras (nombradas y contratadas), 208 técnicos de enfermería y auxiliares, 25 obstétricas y 105 trabajadores administrativos y de servicio.

4.2.4 Población y Muestra

4.2.4.1 Población de Estudio

La población objetivo inicial consistió en 125 enfermeras adscritas a diversos servicios del hospital, incluyendo UCI, Neonatología, Cirugía varones, Ginecología, Emergencia, Unidad de quemados, Pediatría, Medicina mujeres y Obstetricia. Tras la aplicación de criterios de selección

predefinidos, la muestra final se redujo a 105 enfermeras, distribuidas entre los mismos servicios mencionados.

Tabla 3

Distribución de la población de estudio por Servicio del HRHD, Arequipa 2020

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

Nota: Elaboración Propia.

4.2.4.2 Criterios de Selección

a) Criterios de inclusión. Delimitan la población objetivo, asegurando que las participantes posean las características necesarias para la validez de la investigación, se incluirán enfermeras que se encuentren activamente laborando durante el período de aplicación de los instrumentos de recolección de datos, garantizando su experiencia y conocimiento práctico en el campo, también se procedió a firmar su consentimiento, asegurando la participación voluntaria y el pleno conocimiento de los objetivos y procedimientos del estudio.

b) Criterios de exclusión. Procuran minimizar sesgos y asegurar la homogeneidad de la muestra, para este caso se excluirán enfermeras que se encuentren en período de vacaciones, licencia o descanso, ya que

su ausencia temporal del entorno laboral podría afectar su perspectiva y respuestas en los instrumentos aplicados.

4.2.4.3 Muestra

En el presente estudio, se empleó la fórmula probabilística diseñada específicamente para poblaciones finitas, con el propósito de determinar el número adecuado de participantes, luego de la aplicación de dicha fórmula, se procedió a seleccionar una muestra compuesta por 83 enfermeras pertenecientes a los servicios de hospitalización del Hospital Regional III Honorio Delgado Espinoza, ubicado en Arequipa, Perú.

Figura 2

Muestra

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

Nota: Elaboración Propia.

Dónde:

N = población

Z^2 = nivel de confianza

E = nivel de error

n = muestra

Figura 3

Muestra aplicada

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 105}{0.05^2(105-1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5} = 83$$

Nota: Elaboración Propia.

La metodología empleada para la selección de la muestra fue el muestreo probabilístico estratificado, aplicando la siguiente formula:

$$n1 = (83) \times Ni$$

Dónde:

N = Población

n = Tamaño de la Muestra

Ni = Estrato i de la población en la muestra

n1 = Tamaño aleatorio estratificado de la muestra

Tabla 4

Muestreo estratificado según servicios del HRHD, Arequipa 2020

Servicio asistencial, HRHD	Población por servicio Ni	Muestreo estratificado n1
UCI	13	11
Neonatología	12	10
Cirugía varones	17	15
Ginecología	9	6
Emergencia	11	8
Unidad de quemados	8	6
Pediatría	12	6
Medicina mujeres	15	15
Obstetricia	8	6
Total	**105**	**83**

Nota: Tomado de Departamento de enfermería HRHD 2020.

4.2.5 Métodos, Técnicas e Instrumentos

4.2.5.1 Instrumentos

a) Variable X: Cuidado Enfermero. Se utilizó la "Escala de Cuidado de Enfermería por dominios y competencias" adaptada por Melgar y Castro para el Perú, en base a los dominios y competencias de Patricia Benner (2003). Este instrumento comprende ocho dominios y treinta y dos competencias, evaluadas mediante una escala Likert de cuatro puntos. Esta metodología permite una valoración estructurada del cuidado de enfermería, proporcionando una medida cuantificable de la competencia en diversos dominios dentro del contexto peruano.

Tabla 5

Escala de Likert para Variable X: Cuidado Enfermero

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

Nota: Elaboración propia.

Validez y Confiabilidad del Instrumento

El instrumento fue sometido a una evaluación de validez de constructo por su autora. Al alinear el contenido del instrumento con el marco teórico establecido por Benner, la autora buscó demostrar que el instrumento refleja con precisión los aspectos clave de los conceptos evaluados.

Tabla 6

Resumen de procesamiento de casos para Variable X: Cuidado Enfermero

Casos	n	%
Válidos	83	100,0 %
Excluidos[a]	0	0,0 %
Total	**83**	**100,0 %**

Nota: Elaboración propia.

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

El análisis de fiabilidad fue realizado mediante el índice alfa de Cronbach, arrojando resultados que evidencian una alta consistencia interna del instrumento, el valor obtenido (0.961 = 96.1 %) sugiere que los ítems que componen el instrumento miden de manera coherente el constructor de interés.

Tabla 7

Estadísticas de fiabilidad para Variable X: Cuidado Enfermero

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
0,961	8

Nota: Elaboración propia.

b) Variable Y: Felicidad. La felicidad, entendida como la variable dependiente en este estudio, se mide a través de la "Escala de la Felicidad de Lima" (2015), desarrollada por el investigador peruano Reynaldo Alarcón, siendo, este instrumento, pionero en el estudio de la felicidad en el país, se basa en la evaluación de cuatro dimensiones: sentido positivo de la vida, satisfacción con la vida, realización personal y alegría de vivir. La escala consta de 24 ítems, presentados en un formato tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, permitiendo una evaluación cuantitativa y multidimensional del constructo de la felicidad.

Tabla 8

Escala de Likert para Variable Y: Felicidad

Opciones	Valor
Totalmente en desacuerdo	1 punto
En desacuerdo	2 puntos
De acuerdo	3 puntos
Totalmente de acuerdo	4 puntos

Nota: Elaboración propia.

Validez y Confiabilidad del Instrumento

El instrumento demostró validez de criterio, evidenciada por un coeficiente de correlación de 0.738 ($p < 0.01$), también se determinó su validez de constructo mediante análisis factorial, identificando cuatro componentes que explicaron el 49.79 % de la varianza total observada. En cuanto a la confiabilidad de la escala de Felicidad de Lima se aplicó el índice alfa de Cronbach sobre un total de 24 ítems, quedando los resultados que muestra la Tabla 9.

Tabla 9

Resumen de procesamiento de casos para Variable Y: Felicidad

Casos	n	%
Válidos	83	100,0 %
Excluidos[a]	0	0,0 %
Total	**83**	**100,0 %**

Nota: Elaboración propia.

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

La fiabilidad del instrumento utilizado para medir la felicidad ha sido evaluada mediante el índice alfa de Cronbach, revelando estos resultados una alta consistencia interna, reflejada en un valor de 0.921 (92.1 %) sugiriendo este dato que el instrumento es altamente confiable

para la medición del constructo de felicidad en la población estudiada (Hernández y Mendoza 2018).

Tabla 10

Estadísticas de fiabilidad para Variable Y: Felicidad

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
0,921	24

Nota: Elaboración propia.

4.2.5.2 Análisis Estadístico

El análisis estadístico presentado comprende dos fases principales: descriptiva e inferencial,

- Fase descriptiva. En la fase descriptiva se emplearon, frecuencias (n) y porcentajes (%) para resumir la distribución de las variables se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión, con el fin de caracterizar la variabilidad de los datos,

- Fase inferencial. En esta fase se aplicó la prueba de chi cuadrado (X^2) de independencia para determinar la asociación entre las características sociodemográficas y laborales con las variables de estudio. Este análisis permite evaluar si existe una relación estadísticamente significativa entre estas variables.

La selección de la prueba de correlación entre las variables se fundamentó en los resultados de la prueba de normalidad, empleando la prueba r de Pearson, la prueba t independiente y ANOVA de una vía, según correspondiera a la naturaleza de las variables y el diseño del estudio. Por otro lado, para la identificación de los predictores, se recurrió al análisis de regresión lineal simple y la ecuación de la recta, herramientas estadísticas que permitieron establecer la causalidad entre las variables analizadas (Alarcón 2013, Córdova 2009).

4.2.5.3 Prueba de Normalidad de la Muestra

La selección de la prueba estadística idónea para el análisis de los datos se fundamentó en la prueba de Kolmogorov-Smirnov de bondad de ajuste, complementada con la corrección de Lilliefors, la elección de esta prueba radica en el tamaño de la muestra, que supera las treinta unidades de análisis (n = 83), y en el nivel de significancia estadística establecido en 0.05 (5 %). Para la ejecución de la prueba de normalidad, se formularon las siguientes hipótesis: la hipótesis nula (H0) postula que la distribución de la variable aleatoria no difiere significativamente de una distribución normal. En contraposición, la hipótesis alternativa (H1) plantea que la distribución de la variable aleatoria sí presenta diferencias significativas con respecto a la distribución normal.

Tabla 11

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra con corrección de significación de Lilliefors

		Puntaje	
		Cuidado enfermero	Felicidad
N		83	83
Parametros normales[a,b]	Media	96,88	77,01
	Desviación estándar	11,325	8.693
Máximas diferencias extremas	Absoluta	0,072	0,069
	Positivo	0,072	0,069
	Negativo	-0,071	0,069
Estadístico de prueba		0,072	0,069
Sig. asintótica (bilateral)		**0,200[c,d]**	**0,200[c,d]**

Nota: Elaboración propia.

a. La distribución de prueba es normal.
b. Se calcula a partir de datos.
c. Corrección de significación de Lilliefors.
d. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

4.2.5 Resultados de la Prueba de Normalidad de la Muestra

En el análisis estadístico realizado a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, al evaluar la distribución de las variables cuidado enfermero y felicidad, los resultados obtenidos revelan un nivel de significancia estadística de $p = 0.200 > 0.05$, por lo tanto, se acepta la hipótesis nula (H0) y se rechaza la hipótesis alternativa (H1).

4.2.6 Conclusiones de la Prueba de Normalidad de la Muestra

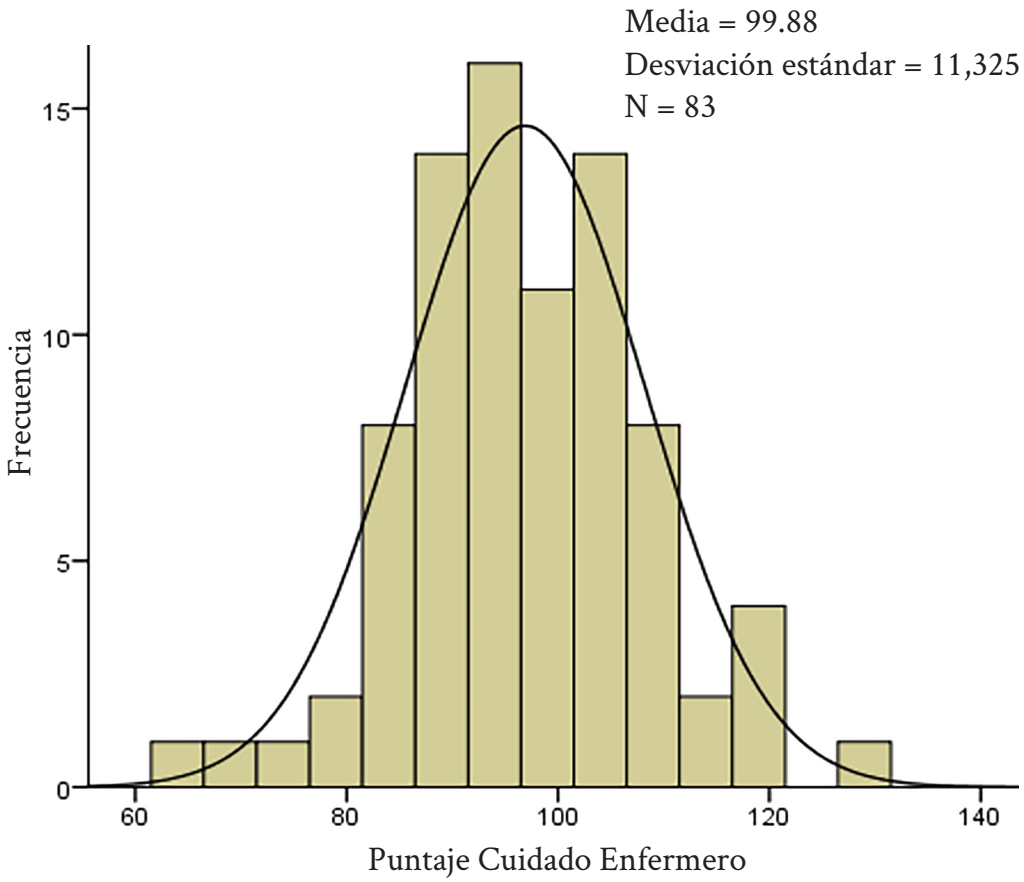
Dado que la significancia estadística obtenida es superior a 0.05, se concluye que los datos correspondientes a las variables de cuidado enfermero y felicidad presentan una distribución normal, permitiendo este hecho, la aplicación de pruebas estadísticas paramétricas en el análisis subsiguiente. Por lo tanto, en el presente estudio, se emplearán específicamente la prueba r de Pearson y la Regresión Lineal simple, con el objetivo de examinar la relación y predecir la influencia entre las variables estudiadas.

4.3 Hallazgos

Después de la implementación de los instrumentos validados y la recopilación de información del presente estudio, se presentan las tablas con los resultados derivados de la investigación, ofreciendo una interpretación de los datos obtenidos, con la formulación de la prueba de hipótesis correspondiente y una representación gráfica que ilustra de forma concisa los hallazgos principales.

Figura 4

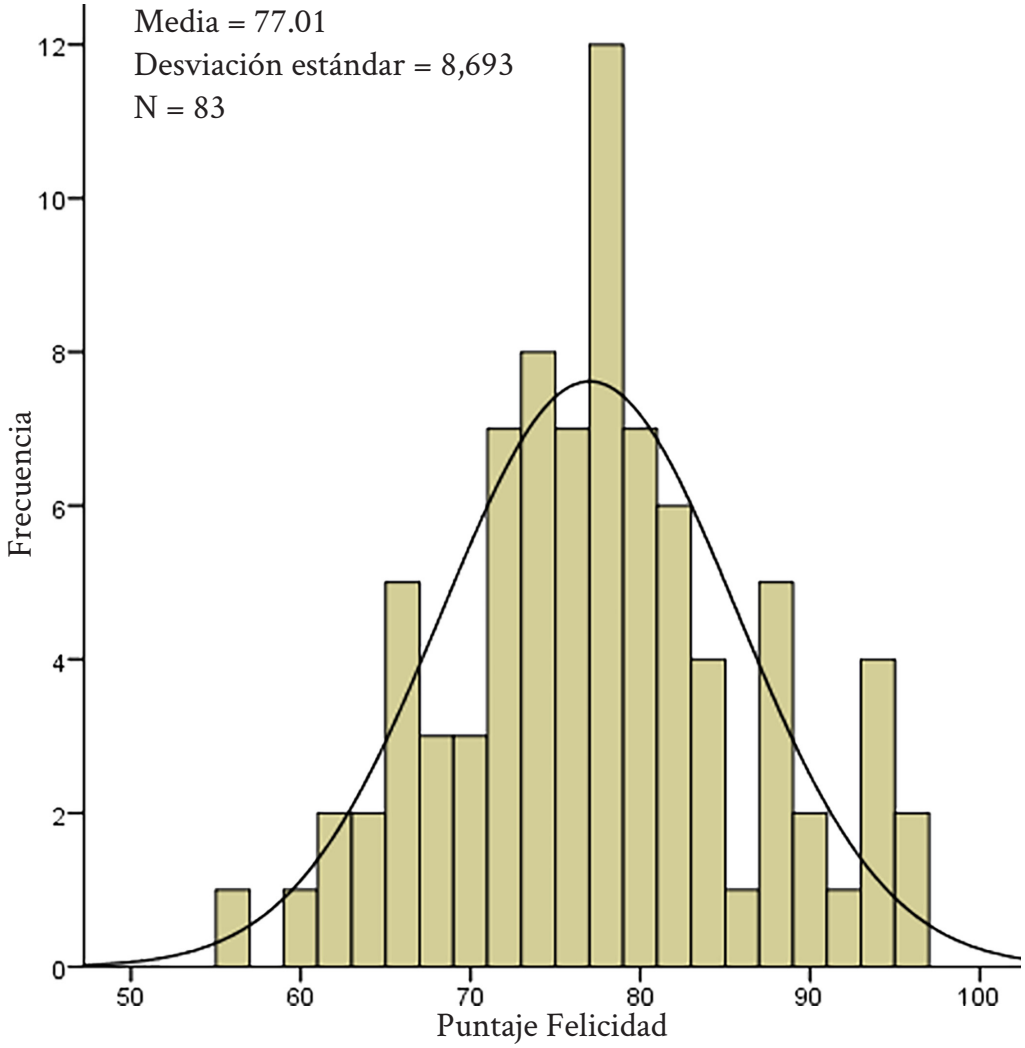
Distribución Normal de la Variable Cuidado Enfermero



Nota: Elaboración propia.

Figura 5

Distribución Normal de la Variable Felicidad



Nota: Elaboración propia.

Tabla 12

Población de estudio según edad, sexo y estado civil, Arequipa 2020

Variable	n	%
Edad		
26 - 30	11	13,3 %
31 - 40	23	27,7 %
41 - 50	13	15,7 %
51 - 60	22	26,5 %
61 - 66	14	16,9 %
Total	**83**	**100,0 %**
$\overline{X} = 46{,}61$; $\sigma = 13{,}168$; $Q_1 = 33{,}0$; $Q_2 = 48{,}0$; $Q_3 = 59{,}0$		
Sexo		
Femenino	77	92,8 %
Masculino	6	7,2 %
Total	**83**	**100,0 %**
Estado civil		
Casada	45	54,2 %
Soltera	29	34,9 %
Divorciada	4	4,8 %
Conviviente	3	3,6 %
Viuda	2	2,4 %
Total	**83**	**100,0 %**

Nota: Encuesta, elaboración propia.

Exhibe que el rango de edad de las enfermeras participantes en el estudio se extiende desde los 26 hasta los 66 años, Presentando un promedio del grupo de 46,61 años, se observa una desviación estándar de 13,168 años, lo que indica una dispersión considerable en las edades. Los valores percentiles muestran que el 25 % de la muestra es menor de 33 años, la mitad tiene menos de 48 años, y el 75 % no supera los 59 años, Lo que indica que, la población estudiada se caracteriza por ser heterogénea en

cuanto a la edad, aunque con una mayor proporción de enfermeras adultas en comparación con las enfermeras más jóvenes.

Referente al análisis de género, la Tabla 12 revela una marcada predominancia femenina en la muestra de enfermeras estudiadas, con un 92,8 % (n = 77) de los participantes, contrastando con un 7,2 % (n = 6) de personal de enfermería masculinos. Estos datos confirman la persistencia de la enfermería como una profesión históricamente ejercida por mujeres, reflejando patrones tradicionales en la división del trabajo por género.

Los datos revelan que el estado civil del personal de enfermería presenta un 54,2 % (n = 45) de participantes casadas, representando la mayoría del grupo estudiado, sin embargo, un significativo 34,9 % (n = 29) son solteras, una proporción considerable que en años anteriores representaba una tendencia más pronunciada en esta profesión. Otros estados civiles incluyen divorciadas, convivientes y viudas, con porcentajes del 4,8 % (n = 4), 3,6 % (n = 3) y 2,4 % (n = 2) respectivamente. Se observa, por tanto, una distribución variada, donde la preponderancia del estado civil casada coexiste con una representación sustancial de soltera, evidenciando un cambio gradual en las dinámicas personales dentro del ámbito de la enfermería.

Tabla 13

Población de estudio según características laborales, Arequipa 2020

Variable	n	%
Tipo de contrato		
Nombrado (D.L. 276)	59	71,1 %
Contratado (D.L. 728)	15	18,1 %
CAS (D.L. 1057)	9	10,8 %
Total	**83**	**100,0 %**
Servicio donde trabaja		
Cirugía varones	15	18,1 %
Medicina mujeres	15	18,1 %
UCI	11	13,3 %

Tabla 13

Población de estudio según características laborales, Arequipa 2020

Variable	n	%
Servicio donde trabaja		
Neonatología	10	12,0 %
Emergencia	8	9,6 %
Unidad de quemados	6	7,2 %
Pediatría	6	7,2 %
Ginecología	6	7,2 %
Obstetricia	6	7,2 %
Total	**83**	**100,0 %**

Nota: Encuesta, elaboración propia.

El análisis de la Tabla 13 revela la distribución de los contratos laborales entre las enfermeras del hospital, una mayoría con un 71,1 % (n = 59) se encuentra bajo el Decreto Legislativo 276, lo que les permite acceder a la carrera administrativa y a posibles ascensos dentro de la institución. Un 18,1 % (n = 15) labora bajo el Decreto Legislativo 728, modalidad contractual que, limita el desarrollo de una carrera pública. Un último grupo, que representa el 10,8 % (n = 9) está contratado bajo el Decreto Legislativo 1057 (régimen CAS), un contrato temporal con derechos restringidos y cuya constitucionalidad ha sido cuestionada ante el Tribunal Constitucional.

En referencia a la distribución del personal de enfermería en los distintos servicios sanitarios queda revelado que se concentran en áreas específicas, en los servicios quirúrgicos masculinos y médicos femeninos, 18,1 % (n = 15) cada uno, en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se emplea al 13,3 % (n = 11), mientras que neonatología representa el 12,0 % (n = 10), en cuanto a los servicios de urgencias se emplean un 9,6 % (n = 8), para las unidades de quemados, pediatría, ginecología y obstetricia emplean cada una al 7,2 % (n = 6) del personal de enfermería. Esta distribución constituye una muestra representativa de los principales servicios del

HRHD, lo que sugiere que la muestra es representativa del hospital en su conjunto.

Tabla 14

Población de estudio según tiempo de trabajo en el hospital y en el servicio, Arequipa 2020

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

Nota: Encuesta, elaboración propia.

Muestra que una proporción importante del personal de enfermería del Hospital Regional Honorio Delgado posee una extensa trayectoria laboral, el estudio indica que el 66.3 % (n = 55) de las enfermeras ha superado los cinco años de servicio en la institución, mientras que el 72.3 % (n = 60) ha permanecido en el mismo servicio durante un período superior a cinco años. Estos datos dejan ver con claridad que el departamento de enfermería cuenta con un personal con una experiencia laboral comparativamente prolongada, lo que, según la clasificación de Patricia Benner, las situaría en un nivel de competencia que oscila entre competente, eficiente y experto.

Dentro de estas etapas, las áreas de competencia de la enfermera se articulan en tres dimensiones principales:

a) La aplicación del conocimiento, que evoluciona desde la confianza en principios abstractos hasta el aprovechamiento de la experiencia concreta acumulada en forma de paradigmas;

b) La percepción de la situación clínica, que se transforma desde la identificación de cuadros clínicos clásicos hasta una visión holística en la que solo ciertos aspectos del estado del paciente adquieren relevancia;

c) El grado de involucramiento, desde una postura de observador externo hasta una participación comprometida en la situación clínica específica.

Tabla 15

Población de estudio por servicio según su principal motivo de felicidad, Arequipa 2020.

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

Nota: Encuesta, elaboración propia.

Se revela que la principal fuente de felicidad para las enfermeras encuestadas es la familia, representando el 42,2 % (n = 35) de las respuestas, observándose también, que un porcentaje importante de los encuestados considera el trabajo en el servicio como un factor clave de felicidad con un 33,7 % (n = 28), mientras que el 14,5 % (n = 12) lo atribuye a su desarrollo personal, adicionalmente, un 9,6 % (n = 8) encuentra alegría en el cuidado de sus pacientes. Al considerar en conjunto el trabajo en el servicio, el desarrollo personal y el cuidado de pacientes, más de la mitad de las enfermeras encuentra su felicidad ligada al ejercicio de su profesión. Cabe destacar que los servicios de UCI (8,4 %) y cirugía (6,0 %) destacan como áreas de trabajo es particularmente valorado como fuente de bienestar.

Tabla 16

Población de estudio según nivel de felicidad y sus dimensiones, Arequipa 2020.

	Nivel	n	%
Felicidad			
Felicidad	Alto	59	71,1 %
	Medio	24	28,9 %
	Bajo	0	0,0 %
	Total	**83**	**100,0 %**
Dimensiones de la felicidad			
Sentido positivo	Alto	44	53,0 %
	Medio	39	47,0 %
	Bajo	0	0,0 %
	Total	**83**	**100,0 %**
Satisfacción con la vida	Alto	53	63,9 %
	Medio	30	36,1 %
	Bajo	0	0,0 %
	Total	**83**	**100,0 %**
Realización personal	Alto	49	59,0 %
	Medio	34	41,0 %
	Bajo	0	0,0 %
	Total	**83**	**100,0 %**

	Nivel	n	%
Alegría de vivir	Alto	42	50,6 %
	Medio	41	49,4 %
	Bajo	0	0,0 %
	Total	**83**	**100,0 %**

Nota: Encuesta, elaboración propia.

El análisis de la Tabla 16 muestra que un 71,1 % (n = 59) del personal de enfermería exhibe un alto nivel de felicidad, mientras que un 28,9 % (n = 24) presenta un nivel medio, por otro lado, no se identificaron casos con un nivel bajo de felicidad. Estos hallazgos sugieren que la satisfacción manifestada por el personal de enfermería del HRHD, en el momento de la encuesta, se alinea con la concepción de felicidad propuesta por Reynaldo Alarcón, autor de la escala de felicidad de Lima. Según Alarcón, la felicidad se define como un estado de satisfacción, de duración variable, experimentado ante la consecución de un bien deseado (Alarcón, R. 2016).

Se visualiza que, más de la mitad de las enfermeras encuestadas reportan un nivel elevado de felicidad en diversas dimensiones, de forma concreta se puede decir que, el 53,0 % (n = 44) de las enfermeras manifiesta un sentido positivo u optimista con respecto a su vida, también se presenta un porcentaje aún mayor, el 63,9 % (n = 53) que expresa un alto nivel de felicidad con su vida en general, por otro lado, relacionado a la realización personal o satisfacción, el 59,0 % (n = 49) indica encontrarse en un nivel alto de felicidad, y finalmente, el 50,6 % (n = 42) de las enfermeras encuestadas declara un alto nivel en la dimensión de alegría de vivir. Sugiriendo estos datos una prevalencia considerable de bienestar subjetivo entre las enfermeras participantes en el estudio.

El estudio de la felicidad en el ámbito laboral, revela que el personal de enfermería del HRHD muestra un nivel elevado de bienestar en sus cuatro dimensiones, esto visto desde la teoría de la felicidad de Reynaldo Alarcón, estas dimensiones, desde la perspectiva de la psicología positiva de Martin Seligman, donde, Alarcón y Seligman convergen en la comprensión de la

felicidad como un constructo multidimensional, estas dimensiones según Alarcón, se equiparan a la satisfacción con el pasado, la alegría de vivir en el presente y el optimismo hacia el futuro, elementos que constituyen la base del bienestar psicológico y la resiliencia en el personal de enfermería.

Tabla 17

Población de estudio según nivel de cuidado enfermero y sus dimensiones, Arequipa 2020.

	Nivel	n	%
Cuidado enfermero			
Cuidado enfermero	Adecuado	40	48,2 %
	Medio	24	50,6 %
	Inadecuado	1	1,2 %
	Total	**83**	**100,0 %**
Dimensiones del cuidado enfermero			
Rol de ayuda	Alto	29	34,9 %
	Medio	53	63,9 %
	Bajo	1	1,2 %
	Total	**83**	**100,0 %**
Función diagnóstica y seguimiento del paciente	Alto	29	34,9 %
	Medio	52	62,7 %
	Bajo	2	2,4 %
	Total	**83**	**100,0 %**
Administración y vigilancia de las intervenciones y de los regímenes terapéuticos	Alto	38	45,8 %
	Medio	43	51,8 %
	Bajo	2	2,4 %
	Total	**83**	**100,0 %**
Gestión eficaz de las situaciones que cambian con rapidez	Alto	38	45,8 %
	Medio	43	51,8 %
	Bajo	2	2,4 %
	Total	**83**	**100,0 %**

	Nivel	n	%
Función enseñanza-formación	Alto	30	36,1 %
	Medio	51	61,4 %
	Bajo	2	2,4 %
	Total	**83**	**100,0 %**
Seguimiento, garantía y calidad de la práctica del cuidado de la salud	Alto	31	37,3 %
	Medio	51	61,4 %
	Bajo	1	1,2 %
	Total	**83**	**100,0 %**
Competencias organizadoras del rol de trabajo	Alto	29	34,9 %
	Medio	53	63,9 %
	Bajo	1	1,2 %
	Total	**83**	**100,0 %**
Rol consultoría	Alto	36	43,4 %
	Medio	45	54,2 %
	Bajo	2	2,4 %
	Total	**83**	**100,0 %**

Nota: Encuesta, elaboración propia.

La Tabla 17 arroja que un 48.2 % (n = 40) del personal de enfermería evalúa la calidad de su atención como adecuada, sin embargo, un porcentaje ligeramente superior, el 50.6 % (n = 42), la considera regular, sugiriendo esta última apreciación la existencia de factores limitantes que obstaculizan el óptimo desempeño de sus funciones, entre estas restricciones se podrían mencionar, la escasez de personal en proporción al volumen de pacientes y la consiguiente sobrecarga laboral.

Analizados los datos en correspondencia con el modelo teórico de Patricia Benner, sobre la autopercepción de competencia de las enfermeras en diversas dimensiones claves de la atención, obtenemos que: una proporción significativa de enfermeras (63,9 %) evalúa su rol de apoyo como de nivel moderado, mientras que un porcentaje menor (34,9 %)

lo percibe como alto, de igual forma, en las funciones de diagnóstico y monitorización de pacientes, el 62,7 % de las enfermeras se sitúa en un nivel moderado, mientras que el 34,9 % considera que su competencia es alta, en lo referente a la administración y monitorización de intervenciones terapéuticas, el 51,8 % de las enfermeras califica sus habilidades como moderadas y el 45,8 % como altas, finalmente, en la gestión de situaciones que cambian rápidamente, el 51,8 % de las enfermeras cree que trabaja a un nivel moderado, mientras que el 45,8 % se considera de nivel alto. Estos hallazgos sugieren una tendencia hacia la autoevaluación moderada en todas las dimensiones evaluadas, posteriormente se podrían explorar los factores que contribuyen a estas autopercepciones y su posible impacto en los resultados de los pacientes.

Al centrar la autoevaluación de enfermeras en la dimensión "función enseñanza-formación" se percibe mayoritariamente en un nivel medio (61,4 %, n = 51), con un porcentaje que la ubica en un nivel alto (36,1 %, n = 30), de forma similar en la "garantía y calidad de la práctica del cuidado de la salud" se evalúa predominantemente en un nivel medio (61,4 %, n = 51), aunque un 37,3 % (n = 31) la sitúa en un nivel alto, en cuanto a la percepción en las "competencias organizadoras del rol de trabajo", se sitúa un nivel medio donde es nuevamente predominante (63,9 %, n = 53), contrastando con un 34,9 % (n = 29) que las considera de nivel alto, para finalmente evaluar el "rol de consulta del cuidado enfermero" en un nivel medio por el 54,2 % (n = 45) de las enfermeras, mientras que un 43,4 % (n = 36) lo ubica en un nivel alto. En conjunto, estos datos sugieren una tendencia general a percibir las diferentes dimensiones analizadas en un nivel medio, aunque con una proporción considerable de profesionales que las evalúan en un nivel alto.

Tabla 18

Población de estudio por características sociodemográficas según nivel de cuidado enfermero, Arequipa 2020.

Características socio-demográficas	Nivel de cuidado enfermero						Total		p-valor
	Inadecuado		Regular		Adecuado				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Edad									
26 - 30	0	0,0 %	6	7,2 %	5	6,0 %	11	13,3 %	p = 0,428 X^2 = 8,058 gl = 8
31 - 40	0	0,0 %	16	19,3 %	7	8,4 %	23	27,7 %	
41 - 50	0	0,0 %	6	7,2 %	7	8,4 %	13	15,7 %	
51 - 60	1	1,2 %	9	10,8 %	12	14,5 %	22	26,5 %	
61 - 66	0	0,0 %	5	6,0 %	9	10,8 %	14	16,9 %	
Total	**1**	**1,2 %**	**42**	**50,6 %**	**40**	**48,2 %**	**83**	**100,0 %**	
Sexo									
Femenino	1	1,2 %	39	47,0 %	37	44,6 %	77	92,8 %	p = 0,959 X^2 = 0,083 gl = 2
Masculino	0	0,0 %	3	3,6 %	3	3,6 %	6	7,2 %	
Total	**1**	**1,2 %**	**42**	**50,6 %**	**40**	**48,2 %**	**83**	**100,0 %**	
Estado civil									
Casada	0	0,0 %	21	25,3 %	24	28,9 %	45	54,2 %	p = 0,021 X^2 = 18,021 gl = 8
Soltera	1	1,2 %	21	25,3 %	7	8,4 %	29	34,9 %	
Divorciada	0	0,0 %	0	0,0 %	4	4.8 %	4	4,8 %	
Conviviente	0	0,0 %	0	0,0 %	3	3,6 %	3	3,6 %	
Viuda	0	0,0 %	0	0,0 %	2	2,4 %	2	2,4 %	
Total	**1**	**1,2 %**	**42**	**50,6 %**	**40**	**48,2 %**	**83**	**100,0 %**	

Nota: Encuesta, elaboración propia.

Muestra la ausencia de una relación estadísticamente significativa entre la edad de las enfermeras y el nivel de cuidado enfermero proporcionado (p-valor = 0,428 > 0,05), también se puede observar que el sexo no presenta una asociación significativa con el nivel de cuidado (p-valor =

0,083 > 0,05), no obstante, se identifica una relación significativa entre el estado civil y el nivel de cuidado enfermero (p-valor = 0,021 < 0,05), donde la mayoría de las enfermeras (54,2 %) son casadas. Estos datos permiten sugerir que la edad y el sexo no influyen significativamente en la calidad del cuidado enfermero, en cambio, se observa una asociación entre el estado civil y el cuidado enfermero, el cual, podría explicarse por el sentido de responsabilidad y deber inherente al matrimonio y la familia, por otro lado, la prevalencia de un 34,95% de enfermeras solteras podría estar relacionada con responsabilidades familiares, como el cuidado de los padres.

Tabla 19

Población de estudio por características laborales según nivel de cuidado enfermero, Arequipa 2020.

Características laborales	Nivel de cuidado enfermero						Total		p-valor
	Inadecuado		Regular		Adecuado				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Situación laboral									
Nombrado (D.L.276)	1	1,2 %	29	34,9 %	29	34,9 %	59	71,1 %	
Contratado (D.L.728)	0	0,0 %	6	7,2 %	9	10,8 %	15	18,1 %	p = 0,436 X^2 = 3,783 gl =4
CAS (D.L.1057)	0	0,0 %	7	8,4 %	2	2,4 %	9	10,8 %	
Total	**1**	**1,2 %**	**42**	**50,6 %**	**40**	**48,2 %**	**83**	**100,0 %**	
Servicio									
Obstetricia	0	0,0 %	0	0,0 %	6	7,2 %	6	7,2 %	p = 0,014 X^2 = 30,848 gl = 16
Medicina mujeres	0	0,0 %	5	6,0 %	10	12,0 %	15	18,1 %	
Pediatría	0	0,0 %	5	6,0 %	1	1,2 %	6	7,2 %	

Características laborales	Nivel de cuidado enfermero						Total		p-valor
	Inadecuado		Regular		Adecuado				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Servicio									
Unidad de quemados	0	0,0 %	0	0,0 %	6	7,2 %	6	7,2 %	p = 0,014 X^2 = 30,848 gl = 16
Emergencia	0	0,0 %	4	4,8 %	4	4,8 %	8	9,6 %	
Ginecología	0	0,0 %	5	6,0 %	1	1,2 %	6	7,2 %	
Cirugía varones	0	0,0 %	8	9,6 %	7	8,4 %	15	18,1 %	
Neo-natología	0	0,0 %	7	8,4 %	3	3,6 %	10	12,0 %	
UCI	1	1,2 %	8	9,6 %	2	2,4 %	11	13,3 %	
Total	**1**	**1,2 %**	**42**	**50,6 %**	**40**	**48,2 %**	**83**	**100,0 %**	
Tiempo de trabajo por servicio									
Menos de 1 año	0	0,0 %	6	7,2 %	3	3,6 %	9	10,8 %	p = 0,297 X^2 = 16,274 gl = 14
De 1 a 2 años	0	0,0 %	1	1,2 %	3	3,6 %	4	4,8 %	
De 2 años 1 mes a 3 años	0	0,0 %	3	3,6 %	0	0,0 %	3	3,6 %	
De 3 años un mes a 5 años	0	0,0 %	4	4,8 %	3	3,6 %	7	8,4 %	
De 5 años 1 mes a 10 años	0	0,0 %	11	13,3 %	4	4,8 %	15	18,1 %	
De 10 años 1 mes a 20 años	0	0,0 %	5	6,0 %	5	6,0 %	10	12,0 %	
De 20 años 1 mes a 30 años	1	1,2 %	9	10,8 %	11	13,3 %	21	25,3 %	

Características laborales	Nivel de cuidado enfermero						Total		p-valor
	Inadecuado		Regular		Adecuado				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Más de 30 años 1 mes	0	0,0 %	3	3,6 %	11	13,3 %	14	16,9 %	p = 0,297 X^2 = 16,274 gl = 14
Total	1	1,2 %	42	50,6 %	40	48,2 %	83	100,0 %	
Tiempo de trabajo hospitalario									
Menos de 1 año	0	0,0 %	6	7,2 %	4	4,8 %	10	12,0 %	
De 1 a 2 años	0	0,0 %	3	3,6 %	4	4,8 %	7	8,4 %	
De 2 años 1 mes a 3 años	0	0,0 %	2	2,4 %	1	1,2 %	3	3,6 %	
De 3 años un mes a 5 años	0	0,0 %	5	6,0 %	3	3,6 %	8	9,6 %	
De 5 años 1 mes a 10 años	0	0,0 %	10	12,0 %	6	7,2 %	16	193 %	p = 0,597 X^2 = 14,020 gl = 16
De 10 años 1 mes a 20 años	0	0,0 %	8	9,6 %	4	4,8 %	12	14,5 %	
De 20 años 1 mes a 30 años	1	1,2 %	6	7,2 %	9	10,7 %	16	19,3 %	
De 30 años 1 mes a 40 años	0	0,0 %	1	1,2 %	8	9,6 %	9	10,8 %	
Más de 40 años	0	0,0 %	1	1,2 %	1	1,2 %	2	2,4 %	
Total	1	1,2 %	42	50,6 %	40	48,2 %	83	100,0 %	

Nota: Encuesta, elaboración propia.

Entre los datos evaluados en la Tabla 19 se analiza la relación entre la situación laboral y el nivel de atención de enfermería brindada en el HRHD, allí se indica que una proporción (34,9 %, n = 29) de las enfermeras con plazas fijas (D.L. 276) reportan brindar una atención adecuada o regular, de manera similar, el 10,8 % (n = 9) de las enfermeras con contratos temporales (D.L. 728) reportan brindar una atención adecuada, mientras que el 8,4 % de aquellas con contratos CAS (D.L. 1057) indican un nivel de atención regular. Utilizando una prueba de independencia de chi-cuadrado ($X^2 = 3,783$) con un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5 %, no reveló una relación estadísticamente significativa (valor p = 0,436 > 0,05) entre la situación laboral y el nivel de atención de enfermería percibido, Por tal motivo, el estudio concluye que la calidad de la atención de enfermería brindada no se ve significativamente influenciada por el tipo de contrato laboral de las enfermeras en el entorno hospitalario.

El análisis de la Tabla 19 también revela la prestación de cuidados enfermeros según el servicio, se tiene que, el 12.0 % de las enfermeras en medicina interna ofrecen un nivel de cuidado adecuado, seguido por un 8.4 % de los enfermeros en cirugía, y un 7.2 % en obstetricia y la unidad de quemados, esta atención podría atribuirse al tiempo de hospitalización y al grado de comunicación establecido con el paciente en dichos servicios. Si bien las unidades de cuidados intensivos (UCI), emergencia, pediatría y neonatología permiten un mayor despliegue de cuidados especializados, la evaluación de las características del modelo de Patricia Benner, particularmente en lo referente a la enseñanza-formación y consultoría, se ve obstaculizada por las limitaciones en la comunicación con el paciente, en UCI, los pacientes suelen estar sedados; en emergencia, la comunicación es restringida por la urgencia de la situación; en pediatría, la comunicación con el paciente es limitada por su edad; y en neonatología, la comunicación directa no es posible, dependiendo de los progenitores.

En lo referente a la relación entre el tiempo de servicio del personal de enfermería del Departamento de Enfermería del HRHD y el nivel de cuidado que proporcionan, los datos revelan que un porcentaje similar de enfermeras con experiencia moderada (5 a 10 años) y extensa (20 a

30 años) manifiestan ofrecer un cuidado de nivel regular y adecuado, respectivamente, aplicando la prueba estadística chi cuadrado de independencia (X^2 = 16,274 y X^2 = 14,020), con un nivel de confianza del 95 %, no demostró una correlación significativa entre el tiempo de servicio, tanto en el servicio específico (p-valor = 0,297 > 0.05) como en el hospital (p-valor = 0,597 > 0.05), y el nivel de cuidado enfermero brindado. Por lo tanto, se concluye que la calidad del cuidado enfermero proporcionado por el personal del Departamento de Enfermería del HRHD no se ve influenciada significativamente por la duración de su trayectoria laboral en el mismo servicio u hospital.

Tabla 20

Población de estudio por características sociodemográficas según nivel de felicidad, Arequipa 2020.

Características socio-demográficas	Nivel de felicidad						Total		p-valor
	Baja		Media		Alta				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Edad									
26 - 30	0	0,0 %	4	4,8 %	7	8,4 %	11	13,3 %	p = 0,026 X^2 = 11,028 gl = 4
31 - 40	0	0,0 %	12	14,5 %	11	13,3 %	23	27,7 %	
41 - 50	0	0,0 %	3	3,6 %	10	12,0 %	13	15,7 %	
51 - 60	0	0,0 %	4	4,8 %	18	21,7 %	22	26,5 %	
61 - 66	0	0,0 %	1	1,2 %	13	15,7 %	14	16,9 %	
Total	**0**	**0,0 %**	**24**	**28,9 %**	**59**	**71,1 %**	**83**	**100,0 %**	
Sexo									
Femenino	0	0,0 %	23	27,7 %	54	65,1 %	77	92,8 %	p = 0,492 X^2 = 0,472 gl = 1
Masculino	0	0,0 %	1	1,2 %	5	6,0 %	6	7,2 %	
Total	**0**	**0,0 %**	**24**	**28,9 %**	**59**	**71,1 %**	**83**	**100,0 %**	

Características socio-demográficas	Nivel de felicidad						Total		p-valor
	Baja		Media		Alta				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Estado civil									
Casada	0	0,0 %	10	12,0 %	35	42,2 %	45	54,2 %	p = 0,042 X^2 = 9,930 gl = 4
Soltera	0	0,0 %	14	16,9 %	15	18,1 %	29	34,9 %	
Divorciada	0	0,0 %	0	0,0 %	4	4.8 %	4	4,8 %	
Conviviente	0	0,0 %	0	0,0 %	3	3,6 %	3	3,6 %	
Viuda	0	0,0 %	0	0,0 %	2	2,4 %	2	2,4 %	
Total	**0**	**0,0 %**	**24**	**28,9 %**	**59**	**71,1 %**	**83**	**100,0 %**	

Nota: Encuesta, elaboración propia.

Los datos presentados en la Tabla 20 establecen la relación entre las características sociodemográficas y el nivel de felicidad de las enfermeras del HRHD, este análisis revela una correlación estadísticamente significativa ($p = 0,026 < 0,05$) entre la edad de las enfermeras y sus niveles de felicidad reportados, por el contrario, no se encontró una relación significativa ($p = 0,492 > 0,05$) entre el género y los niveles de felicidad, también se observó una asociación significativa ($p = 0,042 < 0,05$) entre el estado civil y los niveles de felicidad de las enfermeras participantes del estudio. Estos hallazgos sugieren que la felicidad se asocia con la edad y el estado civil, pero no con el género, en las enfermeras del HRHD.

Tabla 21

Población de estudio por características laborales según nivel de felicidad, Arequipa 2020.

Características laborales	Nivel de felicidad						Total		p-valor
	Bajo		Medio		Alto				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Situación laboral									
Nombrado (D.L.276)	0	0,0 %	14	16,9 %	45	54,2 %	59	71,1 %	p = 0,003 X^2 = 11,806 gl = 2
Contratado (D.L.728)	0	0,0 %	3	3,6 %	12	14,5 %	15	18,1 %	
CAS (D.L.1057)	0	0,0 %	7	8,4 %	2	2,4 %	9	10,8 %	
Total	**0**	**0,0 %**	**24**	**28,9 %**	**59**	**71,1 %**	**83**	**100,0 %**	
Servicio									
Obstetricia	0	0,0 %	0	0,0 %	6	7,2 %	6	7,2 %	p = 0,022 X^2 = 17,9359 gl = 8
Medicina mujeres	0	0,0 %	1	1,2 %	14	16,9 %	15	18,1 %	
Pediatría	0	0,0 %	4	4,8 %	2	2,4 %	6	7,2 %	
Unidad de quemados	0	0,0 %	0	0,0 %	6	7,2 %	6	7,2 %	
Emergencia	0	0,0 %	1	1,2 %	7	8,4 %	8	9,6 %	
Ginecología	0	0,0 %	3	3,6 %	3	3,6 %	6	7,2 %	
Cirugía varones	0	0,0 %	6	7,2 %	9	10,8 %	15	18,1 %	
Neo-natología	0	0,0 %	4	4,8 %	6	7,2 %	10	12,0 %	
UCI	0	0,0 %	5	6,0 %	6	7,2 %	11	13,3 %	
Total	**0**	**0,0 %**	**24**	**28,9 %**	**59**	**71,1 %**	**83**	**100,0 %**	

Características laborales	Nivel de felicidad						Total		p-valor
	Bajo		Medio		Alto				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tiempo de trabajo por servicio									
Menos de 1 año	0	0,0 %	4	4,8 %	5	6,0 %	9	10,8 %	
De 1 a 2 años	0	0,0 %	1	1,2 %	3	3,6 %	4	4,8 %	
De 2 años 1 mes a 3 años	0	0,0 %	1	1,2 %	2	2,4 %	3	3,6 %	
De 3 años un mes a 5 años	0	0,0 %	4	4,8 %	3	3,6 %	7	8,4 %	
De 5 años 1 mes a 10 años	0	0,0 %	8	9,6 %	7	8,4 %	15	18,1 %	p = 0,05 X^2 = 13,981 gl = 7
De 10 años 1 mes a 20 años	0	0,0 %	2	2,4 %	8	9,6 %	10	12,0 %	
De 20 años 1 mes a 30 años	0	0,0 %	3	3,6 %	18	21,7 %	21	25,3 %	
Más de 30 años 1 mes	0	0,0 %	1	1,2 %	13	15,7 %	14	16,9 %	
Total	**0**	**0,0 %**	**24**	**28,9 %**	**59**	**71,1 %**	**83**	**100,0 %**	
Tiempo de trabajo hospitalario									
Menos de 1 año	0	0,0 %	4	4,8 %	6	7,2 %	10	12,0 %	
De 1 a 2 años	0	0,0 %	2	2,4 %	5	6,0 %	7	8,4 %	p = 0,061 X^2 = 14,912 gl = 8
De 2 años 1 mes a 3 años	0	0,0 %	1	1,2 %	2	2,4 %	3	3,6 %	

Características laborales	Nivel de felicidad						Total		p-valor
	Bajo		Medio		Alto				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
De 3 años un mes a 5 años	0	0,0 %	5	6,0 %	3	3,6 %	8	9,6 %	p = 0,061 X^2 = 14,912 gl = 8
De 5 años 1 mes a 10 años	0	0,0 %	7	8,4 %	9	10,8 %	16	193 %	
De 10 años 1 mes a 20 años	0	0,0 %	3	3,6 %	9	10,8 %	12	14,5 %	
De 20 años 1 mes a 30 años	0	0,0 %	1	1,2 %	15	18,1 %	16	19,3 %	
De 30 años 1 mes a 40 años	0	0,0 %	0	0,0 %	9	10,8 %	9	10,8 %	
Más de 40 años	0	0,0 %	1	1,2 %	1	1,2 %	2	2,4 %	
Total	**0**	**0,0 %**	**24**	**28,9 %**	**59**	**71,1 %**	**83**	**100,0 %**	

Nota: Encuesta, elaboración propia.

Se observa una correlación significativa entre la situación laboral y el nivel de felicidad en el personal de enfermería, como se muestra en los datos, un 54,2 % (n = 45) de las enfermeras con nombramiento bajo el régimen del D.L. 276 reportan un alto nivel de felicidad, en contraste con un 8,4 % (n = 7) del personal contratado bajo el régimen CAS (D.L. 1057), quienes manifiestan un nivel medio de felicidad. La prueba estadística de chi cuadrado de independencia (X^2 = 11.806), con un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5 %, confirma la existencia de una

relación significativa (p-valor = 0,003 < 0.05) entre estas dos variables. En conclusión, los resultados sugieren que una situación laboral estable, como la que ofrece el régimen del D.L. 276, se asocia a mayores niveles de felicidad en comparación con la inestabilidad laboral inherente a los contratos CAS, que son de duración determinada.

El análisis de los niveles de felicidad entre el personal de enfermería revela una variación en relación al servicio en el que se desempeñan, estos resultados indican que el 16.9 % de las enfermeras de medicina y el 10.8 % de los enfermeros de cirugía reportan altos niveles de felicidad, superando a otros servicios como emergencia (8.4 %), obstetricia, unidad de quemados, neonatología y UCI (7.2 % cada uno), en cuanto a los servicios restantes, pediatría y ginecología, muestran una predominancia de niveles medios de felicidad.

Con un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5 %, se establece una relación estadísticamente significativa (p-valor = 0.022 < 0.05) entre el servicio de trabajo y el nivel de felicidad del personal de enfermería, esta correlación sugiere que el entorno laboral específico influye en el bienestar emocional de estos profesionales. Una observación más profunda exhibe una posible conexión entre los altos niveles de felicidad observados en los servicios de medicina y cirugía y los niveles de cuidado enfermero reportados en la Tabla 19, esta coincidencia podría atribuirse a las mayores oportunidades de comunicación y la interacción más estrecha con los pacientes en estos servicios, lo que contribuye a un mayor sentido de satisfacción y bienestar en el trabajo.

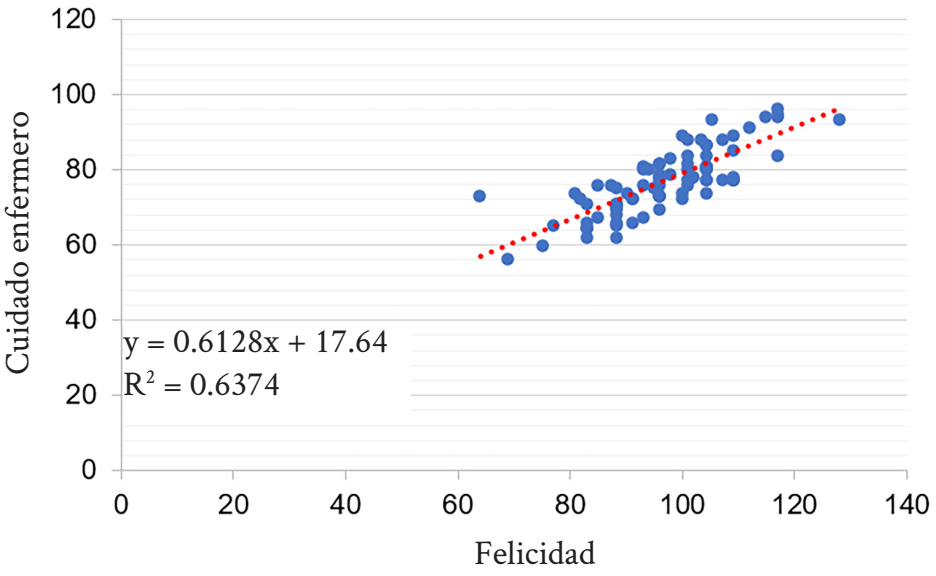
En relación al tiempo de trabajo por servicio, los datos analizados y sometidos a una prueba de independencia de chi-cuadrado (X^2 = 14,912 y X^2 = 13,981) con un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5 %, no revelan una relación estadísticamente significativa entre el tiempo de trabajo por servicio, tanto en un servicio específico (valor p = 0,061 > 0,05) como en el hospital (valor p = 0,05 ≥ 0,05), y el nivel de satisfacción de las enfermeras. En consecuencia, se puede inferir que el nivel de satisfacción de las enfermeras es independiente del tiempo

que llevan trabajando en un servicio en particular o en el hospital en su conjunto. Este resultado probablemente se deba a que la satisfacción, tal como se plantea en esta investigación, no es una meta que se alcanza tras un periodo determinado, sino más bien una consecuencia de las actividades que realiza la persona, como la prestación de cuidados de enfermería.

El análisis de la Tabla 22 revela una correlación significativa y positiva (r = 0,798, p-valor = 0,000) entre las variables "Felicidad" y "Cuidado enfermero" en el personal del departamento de enfermería del HRHD, esto indica que a mayor puntuación en el cuidado enfermero, mayor es la puntuación de felicidad. El análisis de regresión lineal simple (R^2 = 0,6374) demuestra que el cuidado enfermero predice un incremento del 63,74 % en la felicidad del personal. En conclusión, el cuidado enfermero influye positivamente en la felicidad del personal del departamento de enfermería del HRHD.

Figura 6

Análisis de regresión lineal entre felicidad y cuidado enfermero en el personal del departamento de enfermería del HRHD, Arequipa 2020



Nota: Encuesta, elaboración Propia.

Tabla 22

Correlación entre cuidado enfermero y felicidad en el personal del departamento de enfermería del hrhd, Arequipa 2020

Modelo de regresión lineal									
Variable predictor potencial	**R**	**R^2**	**R^2 ajustado**	**Error estándar de la estimación**	**Coeficientes no estandarizados β**	**Error estándar**	**Coeficientes estandarizados β**	**t**	**p-valor**
Cuidado enfermero	0, 798[a]	0,6374	0,633	5,267	17,640	5,009	0,798	3,522	0,001
Predictores: (Constante)					0,613	0,051		11,932	0,000

ANOVA[b] Felicidad	**Suma de cuadrados**	**gl**	**Media cuadrática**	**F**	**Significancia**	**r de Pearson**	**p-valor**
Regresión	3949,832	1	3949,832	142,374	0,000[c]	0,798	0,000
Residuo	2247,156	81					
Total	**6196,988**	**82**					

Nota: Encuesta. Elaboración propia.

a. Predictores: Cuidado enfermero (Constante).

b. Variable dependiente: Felicidad.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

La Figura 6 presenta la correlación entre la variable X, "Cuidado enfermero", y la variable Y, "Felicidad", Como se puede observar en la agrupación de los datos, se muestra una tendencia positiva, cuya ecuación de la recta asociada exhibe un coeficiente de determinación R^2 de 0.6374, esto permite concluir que el cuidado enfermero predice en un 63.74 % el incremento de la felicidad en el personal del departamento de enfermería del HRHD de Arequipa. Estos resultados sugieren que la optimización de las condiciones del cuidado enfermero en los diferentes servicios del hospital podría elevar el nivel de felicidad de las enfermeras, con una probable repercusión positiva en su desempeño laboral.

4.4 Discusión y Conclusiones

Según los datos recopilados en el presente estudio, el perfil de las enfermeras en Arequipa evidencia una profesión ejercida mayoritariamente por mujeres a lo largo de su vida adulta, la información muestra que las edades de las enfermeras oscilan entre los 26 y 66 años, con una edad promedio de 46.61 años y una desviación estándar de 13.168 años, se observa una preponderancia femenina notable, representando el 92.8 % de la muestra, de las cuales, más de la mitad (54.2 %) están casadas. Estos hallazgos se corroboran con investigaciones previas, como el estudio de Duche y Rivera (2019) en el hospital HNCASE - EsSalud de Arequipa, que encontró un rango de edad similar (25 - 65 años) en una muestra exclusivamente femenina de 83 enfermeras, estos datos sugieren que la enfermería en Arequipa es una profesión tradicionalmente femenina, con una distribución etaria que muestra una ligera concentración entre los 31 y 40 años (27.7 %) y entre los 51 y 60 años (26.5 %).

El análisis de las modalidades de trabajo entre las enfermeras estudiadas revela una predominancia del nombramiento bajo el D.L. 276 (71,1 %), seguido por contratos temporales bajo el D.L. 728 (18,1 %) y, en menor medida, contratos temporales CAS (D.L. 1057) (10,8 %). En el contexto peruano, la legislación laboral para instituciones hospitalarias estatales se rige por estos tres decretos legislativos, haciendo la comparación entre los datos aportados por un estudio previo (Duche y Rivera, 2019) sobre

seguridad social, donde la distribución entre CAS, D.L. 276 y contratos de suplencia temporal es más equitativa (33,73% régimen CAS, 36,14 % D.L. 276 y 30,12 % contrato de suplencia temporal), se infiere una mayor estabilidad laboral para las enfermeras del HRHD. Esta estabilidad, conforme a Kahneman (2015) y Becchetti (2007), se considera un pre-requisito para la felicidad y no la causa, permitiendo a las enfermeras del HRHD evaluar la relación entre su labor de cuidado y su bienestar personal.

El análisis del tiempo de trabajo del personal de enfermería del HRHD establece una amplia trayectoria laboral tanto en el hospital como en sus respectivos servicios con un 19,3 % del personal (n = 16) acumula entre 20 y 30 años, y otro 19,3 % entre 5 y 10 años de servicio en el HRDH, de forma similar un 25,3 % ha dedicado entre 20 y 30 años a su servicio actual, mientras que un 18,1 % labora en el mismo servicio entre 5 y 10 años, esta experiencia acumulada en el hospital y en sus especialidades específicas sugiere un alto nivel de experticia en el cuidado enfermero, presumiblemente impactando positivamente la calidad de atención brindada.

En el contexto de la adquisición de competencias en enfermería, y de acuerdo con la clasificación de Benner (2003), se estima que la mayoría de las enfermeras del HRHD se sitúan en los niveles de competente, eficiente y experta, para los niveles iniciales de principiante y principiante avanzado, propios de las fases tempranas en el entorno hospitalario, no son aplicables en este análisis. De tal modo que, el grupo de profesionales de enfermería evaluado exhibe un desarrollo avanzado en las siguientes áreas de competencia: la percepción de la situación, que evoluciona desde la identificación de cuadros clínicos clásicos hacia una visión holística centrada en las necesidades relevantes del paciente; la aplicación del conocimiento, que transita desde la confianza en principios abstractos (saber qué) hacia el uso de la experiencia concreta (saber cómo); y el grado de involucramiento, que se transforma de una observación externa a una participación activa y comprometida en la situación clínica específica (Manara, 2006).

El análisis de las áreas previamente descritas permite inferir que la población participante del estudio se encuentra capacitada para discernir la influencia del cuidado dado a sus pacientes sobre su felicidad, según la teoría del Flujo de Csikszentmihalyi (1997), caracterizado por la intrínseca satisfacción derivada de una actividad, requiere el cumplimiento de ciertos criterios. Estos incluyen:

a) La definición de un objetivo global, que se relaciona directamente con la evaluación de la situación contextual;

b) El establecimiento de mecanismos de medición del progreso hacia dicho objetivo, aspecto vinculado al aprovechamiento de los conocimientos disponibles;

c) La concentración en la actividad presente y la discriminación precisa de los desafíos inherentes a la misma;

d) El desarrollo de las habilidades necesarias para interactuar eficazmente con las oportunidades ofrecidas;

e) La adaptación del nivel de dificultad para evitar el tedio.

Los tres últimos puntos convergen en la dimensión del grado de involucramiento. En la Tabla 23 se expone el resumen de lo antedicho.

Abordando los factores que inciden en la felicidad del personal del Departamento de Enfermería del HRHD, se tiene que, los resultados arrojan que la familia constituye el principal motivo de felicidad (42,2%) para las enfermeras, seguido por el servicio hospitalario (33,7%), el desarrollo personal (14,5%) y los pacientes (9,6%).

Tabla 23

Correspondencia entre las áreas de competencia del cuidado enfermero y las condiciones de la felicidad como flujo

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

Nota: Elaboración Propia.

Estos hallazgos difieren de estudios previos (Takeda et al., 2020; Duche y Rivera, 2019) que señalan la satisfacción laboral como el factor primordial en la felicidad de las enfermeras, esta discrepancia sugiere la presencia de elementos en el HRHD que impiden que el cuidado del paciente se erija como la principal fuente de bienestar para las enfermeras, relegándolo a un segundo plano frente a la importancia de la familia, la estabilidad laboral y la experiencia, que generalmente se asocian con mayor felicidad, no parecen ser suficientes para contrarrestar la influencia de otros factores que limitan la satisfacción derivada del ejercicio profesional.

Los niveles de felicidad del personal del Departamento de Enfermería del HRHD fueron medidos a través de la escala del psicólogo peruano Reynaldo Alarcón, estos resultados revelan un alto índice de bienestar, con un 71.1 % del personal reportando un nivel de felicidad alto y un 28.9 % un nivel medio, no presentándose ningún caso con un nivel bajo de felicidad, sugiriendo estos resultados una satisfacción generalizada

entre las enfermeras, entendida como un estado de satisfacción derivado de la consecución de un bien deseado, según la definición del autor de la escala. El análisis dimensional de la felicidad indica que el 53.0 % de las enfermeras exhibían una perspectiva positiva y optimista de la vida; el 63.9 % manifestaba un alto nivel de felicidad con su existencia; el 59.0 % reportaba un nivel elevado de realización personal y satisfacción; y un 50.6 % expresaba una alegría de vivir considerable, estos hallazgos encuentran resonancia en estudios como el de Khosrojerdi et al (2018) en Irán, donde fueron identificados niveles de felicidad por encima del promedio en enfermeras ($\bar{x}$ = 123.4; min. 29 máx. 174 puntos), vinculados a factores como la salud mental, el salario, el entorno hospitalario y el desempeño médico.

El presente trabajo se centró en la estimación del nivel de cuidado enfermero y sus ocho dimensiones, basándose en la teoría de Patricia Benner (2003). Los niveles de cuidado considerados fueron: adecuado, regular e inadecuado, mientras que las dimensiones se evaluaron en los niveles alto, medio y bajo, la "Escala de cuidado de enfermería por dominios y competencias" fue utilizada como instrumento de medición. Los resultados revelaron que el 48.2 % de las enfermeras del HRHD proporcionan un cuidado de nivel adecuado, mientras que un 50.6 % ofrece un cuidado de nivel regular. Estos resultados indican que, si bien casi la mitad del personal de enfermería considera que su cuidado es óptimo, la otra mitad lo sitúa en un nivel intermedio, lo que sugiere la presencia de dificultades laborales, dificultades podrían estar relacionadas con la desproporcionada relación enfermera/paciente, así como con la sobrecarga laboral que lleva a la adaptación de modalidades de trabajo para compensar la escasez de personal, aspecto que puede conducir a la fragmentación del cuidado enfermero en tareas aisladas, priorizando el cumplimiento de objetivos departamentales en detrimento de un cuidado holístico e integral del paciente.

A su vez, se enfocó en las ocho dimensiones del cuidado enfermero, revelando una predominancia del nivel medio en todas las áreas evaluadas, específicamente, el rol de ayuda, la función diagnóstica y de seguimiento,

las competencias organizadoras, así como la función de enseñanza-formación, presentaron niveles medios en un porcentaje superior al 60%, la administración y vigilancia de intervenciones, la gestión de situaciones cambiantes, el seguimiento de la calidad, y el rol de consulta, también mostraron una mayor frecuencia en el nivel medio, aunque con porcentajes ligeramente inferiores. Si bien se observaron niveles altos en todas las dimensiones, la constancia del nivel medio sugiere áreas de oportunidad para la optimización y el fortalecimiento de las prácticas de cuidado enfermero.

Igualmente, exploró la relación entre las características sociodemográficas y laborales y el nivel de cuidado enfermero en el personal del Departamento de Enfermería del HRHD, estos resultados mostraron que no existe una correlación significativa entre la edad (p-valor = 0,428 > 0.05) o el sexo (p-valor = 0,083 > 0.05) y el cuidado proporcionado por las enfermeras, sin embargo, se encontró una relación significativa entre el estado civil y el nivel de cuidado (p-valor = 0,021 < 0.05), debido al alto porcentaje de enfermeras casadas (54.2 %) se puede pensar que el matrimonio podría fomentar el desarrollo del deber de cuidado hacia la familia, asimismo, la segunda mayor frecuencia de enfermeras solteras (34.9 %) podría explicarse por su responsabilidad en el cuidado de sus padres.

En cuanto a las características laborales, la mayoría de las enfermeras nombradas (34.9 %) demostraron un nivel de cuidado adecuado y regular, mientras que el 10.8 % de las enfermeras con contrato temporal mostraron un cuidado adecuado y el 8.4% de las contratadas bajo el régimen CAS (D.L.1057) brindaron un cuidado regular, no obstante, al realizar la prueba de chi cuadrado de independencia no reveló una relación significativa (p-valor = 0,436 > 0.05) entre la situación laboral y el nivel de cuidado enfermero, por tal motivo, se concluye que el nivel de cuidado enfermero no está asociado con la modalidad de contratación del personal, lo cual refleja un comportamiento éticamente apropiado.

Por tanto, el análisis estadístico revela una asociación significativa (p < 0,05) entre la unidad de enfermería y el nivel de atención brindada, en la

unidad de medicina interna para mujeres se presenta el mayor nivel de atención (16,9 %), seguida de cirugía para hombres (10,8 %), urgencias (8,4 %), obstetricia, quemados, neonatología y la UCI (7,2 % cada una), estos hallazgos concuerdan con investigaciones previas, lo que sugiere altos niveles de satisfacción entre el personal de enfermería en unidades especializadas (Ballón 2018), las diferencias observadas pueden atribuirse al clima organizacional, a la duración de la hospitalización del paciente, lo que facilita una monitorización integral y una mejor comunicación entre enfermero y paciente.

Esta comunicación es un elemento crítico de la atención de enfermería, particularmente en las funciones de enseñanza, asesoramiento y consulta descritas en el modelo de Benner, las estancias más prolongadas en las unidades de medicina interna permiten una mejor comunicación en comparación con urgencias o la UCI, donde los pacientes suelen estar sedados. Resulta interesante que no se encontró una correlación significativa entre la atención de enfermería y el tiempo en el servicio en el hospital o en la unidad específica, lo que sugiere que la calidad de la atención se mantiene constante independientemente del tiempo de servicio específico o en el hospital.

Cuando se vincula la felicidad con las características Sociodemográficas en el Personal de Enfermería del HRHD se observa que existe una relación significativa entre la felicidad y la edad ($p < 0.05$) y la felicidad y el estado civil ($p < 0.05$), en cambio no existe relación entre la felicidad y el sexo ($p > 0.05$), lo que lleva a decir que la felicidad no parece depender del sexo en esta población. Respecto a la edad, se observaron mayores niveles de felicidad en individuos con una perspectiva temporal más amplia, en el caso de los jóvenes, la construcción de una carrera profesional incipiente, la incertidumbre sobre el futuro y la preocupación por la estabilidad laboral en el presente podrían contribuir a niveles de felicidad relativamente más bajos en comparación con las enfermeras de mayor edad.

En relación a la correlación entre las características laborales y el nivel de felicidad del personal de Enfermería del HRHD, los resultados indican que

hay significancia estadística (p-valor = 0,003 < 0.05) entre ambas variables, Observando que el 54.2% del personal nombrado (D.L. 276) y el 14.5% del personal con contrato temporal reportan altos niveles de felicidad, en contraste con el 8.4% del personal con contrato CAS (D.L.1057), el cual manifiesta un nivel de felicidad medio. Estos hallazgos respaldan la premisa de que la estabilidad laboral es un factor crucial para la felicidad, dado que el contrato CAS es percibido como el de peores condiciones laborales en el Perú, lo que se refleja en los bajos niveles de felicidad asociados a este régimen. Esta conclusión difiere de lo reportado por Takeda et al (2020), quienes sugieren que la felicidad depende primordialmente de las condiciones ambientales del lugar de trabajo.

El análisis de los niveles de felicidad en el personal de enfermería revela una relación significativa (p-valor = 0.022 < 0.05) con el servicio en el que laboran, el servicio de medicina mujeres (16.9 %) y cirugía varones (10.8 %) muestran los porcentajes más altos de enfermeras con un nivel de felicidad elevado, en el caso de emergencia (8.4 %), obstetricia, unidad de quemados, neonatología y UCI (7.2 %) presentan niveles inferiores, en cambio, pediatría y ginecología se caracterizan por niveles medios. Estos resultados sugieren que factores como el mayor tiempo de hospitalización y las mayores posibilidades comunicativas con los pacientes en los servicios de medicina y cirugía, en comparación con otros servicios, influyen positivamente en la percepción de felicidad, la rigidez inherente a ciertos servicios, como los quirófanos, según lo reportado por Chang et al. (2020), podría contribuir a niveles de felicidad más bajos.

El estudio de Roya et al. (2019) establece una correlación entre la felicidad y la autonomía profesional en enfermería, lo que explicaría la ausencia de bajos niveles de felicidad en entornos estructurados como las UCI, unidades de quemados y neonatología, la investigación no revela una relación significativa entre el tiempo de servicio (p-valor = 0,061 > 0.05) o el tiempo de permanencia en el hospital (p-valor = 0,05 ≥ 0.05) y los niveles de felicidad. Estos hallazgos sugieren que la felicidad no está intrínsecamente ligada al tiempo de servicio, sino a la naturaleza del trabajo desempeñado, concibiendo la felicidad como un proceso inherente a la

relación de ayuda al prójimo. Esto se alinea con los resultados de Quintana et al. (2019), quienes evidenciaron que la felicidad en las enfermeras se intensifica al brindar cuidado personalizado y con mayor control personal, factores consistentemente presentes en los servicios analizados.

Estos resultados nos animan a proponer la siguiente definición de felicidad del cuidado enfermero: "Vivencia experimentada por la enfermera como consecuencia del cuidado brindado y manifestada por un conjunto de emociones y sentimientos positivos de larga duración expresadas como satisfacción con el pasado, alegría en el presente y optimismo con el futuro".

Para finalizar, la correlación entre el cuidado enfermero y la felicidad fue estadísticamente significativa ($p = 0{,}000$), con una relación positiva considerable ($r = 0{,}798$), según la clasificación de Hernández y Mendoza (2018). Por lo tanto, mayores niveles de atención de enfermería se correlacionan con mayores niveles de felicidad en la población estudiada. Estos hallazgos concuerdan con los de Duche y Rivera (2019), quienes demostraron una relación entre la sensación de felicidad y la satisfacción laboral. Además, el análisis de regresión lineal simple ($R^2 = 0{,}6374$) indica que la atención de enfermería brindada por el departamento de enfermería de HRHD predice un aumento del 63,74 % en la felicidad del personal, lo que confirma la hipótesis del estudio de que la atención de enfermería influye en la felicidad de las enfermeras. Estos datos sugieren que optimizar las condiciones de la atención de enfermería brindada en los diversos servicios de HRHD podría elevar los niveles de felicidad del personal de enfermería, lo que potencialmente tendría efectos positivos en su trabajo y beneficiaría su propia salud y la de los pacientes.

REFLEXIONES FINALES

El Ministerio de Economía y Finanzas, en coordinación con el Ministerio de Salud del Perú, debe velar por la adecuada asignación presupuestaria para abordar la crítica escasez de personal de enfermería, la baja ratio enfermera/paciente en el país, en comparación con estándares internacionales, compromete la calidad del cuidado holístico que se espera brindar. Esta deficiencia presupuestaria obliga al personal de enfermería a adaptar sus prácticas laborales, priorizando el cumplimiento de objetivos institucionales sobre la atención integral del paciente, con esta fragmentación del cuidado en tareas simplificadas no solo impide el ejercicio adecuado de la profesión, sino que también impacta negativamente en el bienestar y la satisfacción laboral del personal de enfermería.

A partir de la investigación realizada, se aconseja enfáticamente a las jefaturas de los servicios del HRHD la implementación de modelos organizativos de trabajo de enfermería que prioricen el cuidado holístico del paciente, modelos como el trabajo en equipo, la figura del case manager, o la enfermería primaria, adaptados a la dotación de personal y los recursos materiales disponibles, resultan preferibles a la atomización del cuidado en tareas rutinarias. La provisión de un cuidado enfermero integral representa un desafío intelectual estimulante para el profesional, otorgando sentido y propósito a su labor, fomentando la creatividad y el control sobre su práctica, en contraste, las modalidades de trabajo rutinarias, caracterizadas por una limitada capacidad de decisión, pueden conducir al aburrimiento, el estrés y la desmotivación.

El Colegio de Enfermeros del Perú debería considerar la difusión de un cuidado integral y holístico, basado en los dominios propuestos por Patricia Benner, como parte fundamental de su programa de capacitación continua la adopción de este enfoque se presenta como un factor determinante en la elevación de los niveles de felicidad del personal de enfermería logrando de este modo una mayor satisfacción profesional, la motivación laboral y el optimismo en el desarrollo personal. Es imperativo destacar, los beneficios tangibles que los altos niveles de bienestar psicológico conllevan para la salud física y mental del personal, de este modo lograr la promoción de un modelo de cuidado integral que representa una inversión estratégica en el bienestar y la eficacia del cuerpo de enfermería peruano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acuña, L. y Arias, N. (2013). *Fenomenología y conocimiento disciplinar de enfermería*. http://www.cij.gob.mx/tratamiento/pages/pdf/enfercien.pdf

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Barnes, H., Cimiotti, J. P., Jarrín, O. F., & McHugh, M. D. (2018). Nurses and patients appraisals show patient safety in hospitals remains a concern. *Health Affairs, 37*(11), 17441751. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.0711

Alarcón R. (2013). *Métodos y diseños de investigación del comportamiento* Lima: Universidad Ricardo Palma; 2013.

Alarcón, R. (2016). *Psicología de la felicidad. Introducción a la psicología positiva* Lima: Universitaria.; 2016.

Alfaro, J. F. (2023). *La eudaimonia aristotélica como fin de las acciones*. ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/379008560_La_eudaimonia_aristotelica_como_fin_de_las_acciones

Álvarez-Rodríguez, M., & González, M. (2023). La Mentoría como Estrategia de Retención de Talento en Enfermería. *Revista de Enfermería Clínica y Aplicada, 1*(2), 45-58.

American Association of Colleges of Nursing. (2021). *The Essentials: Core competencies for professional nursing education.* AACN. https://www.aacnnursing.org/Essentials

Ayala Carabajo, R. (2008). La metodología fenomenológico-hermenéutica de M. Van Manen en el campo de la investigación educativa. Posibilidades y primeras experiencias. *Revista de Investigación Educativa, 26*(2), 409-430.

Ballón M. (2018). *Clima organizacional y la felicidad laboral percibida por las enfermeras en el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins Lima – 2016* (Tesis de maestría en gestión de los servicios de salud) Lima : Universidad Cesar Vallejo; 2018.

Barbagallo, N. E., & Sosa Enriquez, C. (2020). *Autonomía profesional en la práctica enfermera* [Tesis de grado]. Universidad Nacional de Villa María. Repositorios Digitales del MINCYT. https://repositoriosdigitales.mincyt.gob.ar/vufind/Record/RDUNVM_3b4efa86a3e64a

Becchetti L. (2007). *Il denaro non fa la felicità* Roma: Laterza; 2007

Benner P. (2003). *L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere: L'aprendimento basato sull'esperienza* Milán: McGraw-Hill; 2003.

Benner, P. (1984). *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice.* Addison-Wesley Publishing Company.

Benner, P., Tanner, C. A., & Chesla, C. A. (2009). *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment, and Ethics* (2nd ed.). Springer Publishing Company.

Cánovas Tomás, M. (2006). *La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión*

[Tesis doctoral, Universitat de Barcelona]. Tesis Doctoral en Xarxa. https://www.tdx.cat/handle/10803/11073

Cao X, y Chen L. (2021). Relationships between resilience, empathy, compassion fatigue, work engagement and turnover intention in haemodialysis nurses: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management.* 2021

Carvajal Hermida, E. Y., & Sánchez-Herrera, B. (2018). Nursing Care with a Human Approach: A Model for Practice with Service Excellence. *Aquichan, 18*(2).

Chang S, Han K, Cho Y. (2020). *Association of Happiness and NursingWork Environments with Job Crafting among Hospital Nurses in South Korea.* Int. J. Environ. Res. Public Health. 2020; 4042.

Chen, L. (2023). Eudaimonic well-being as a strategic healthcare performance metric. *Journal of Nursing Management, 31*(5), 1250-1262.

Chirinos, M. E. (2018). *Estrés laboral y precariedad en el personal de enfermería.* Editorial Salud y Cuidado.

Choi, S., & Kim, Y. (2017). Effects of Mentoring on Organizational Commitment and Burnout of New Graduate Nurses: A Longitudinal Study. *Journal of Clinical Nursing, 26*(15-16), 2320-2331.

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. (s.f.). *Liderazgo transformacional en enfermería para el desarrollo del potencial del equipo: revisión sistemática.* Recuperado el 14 de noviembre de 2025, de https://normas-apa.org/referencias/componentes/fecha-de-publicacion/.

Cleary, M., Kornhaber, R., Thapa, D. K., West, S., & Visentin, D. (2018). The effectiveness of interventions to improve resilience among

health professionals: A systematic review. *Nurse Education Today, 71*, 247–263. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.09.030

Colmenares Martínez, D. J., & Aguilar Durán, L. A. (2020). Perfeccionismo, bienestar psicológico y disposición a fluir en enfermeras. *Revista Interamericana de Psicóloga/Interamerican Journal of Psychology, 54*(2), e1016.

Cordero, M. J. M. C., et al. (2024). First Level of Health Care: The Autonomous Role of Nurses. *Salud, Ciencia y Tecnología, 4*(Especial). https://sct.ageditor.ar/index.php/sct/article/view/808

Córdova M. (2009). *Estadística descriptiva e inferencial.* Lima: Moshera S.R.L.; 2009

Csikszentmihalyi M. (1997). *Fluir (Flow). Una psicología de la felicidad.* Barcelona: Kairos; 1997.

Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience.* Harper & Row.

Csikszentmihalyi, M. (2000). El concepto de Flow. En *Creatividad: El flujo y la psicología del descubrimiento y la invención* (pp. 147–172). Paidós.

Di Fabio, A. (2022). Promoting happiness in the workplace in nursing: The role of prevention and organizational climate. International *Journal of Nursing Studies, 131*, 104257.

Duche A, Rivera G. (2019). Satisfacción laboral y felicidad en enfermeras peruanas. *Enfermería global.* 2019;(54).

Duffield, C. (2020). Nursing workforce issues: The impact of job satisfaction, burnout, and emotional demands on nurse retention and patient outcomes. *Journal of Advanced Nursing, 76*(12), 3328-3339.

Franco Muñoz, N. E. (2009). Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud. *Salud Colectiva, 5*(3), 391-401.

Fredrickson, B. L. (2001). The Role of Positive Emotions in Positive Psychology: The Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions. *American Psychologist, 56*(3), 218-226.

Fredrickson, B. L. (2013). Positive emotions broaden and build. *Advances in Experimental Social Psychology, 47*, 1-53.

Gómez, A. L. (2021). Compromiso organizacional y seguridad contractual en el sector salud. *Revista de Gestión Hospitalaria, 15*(2), 45-60.

Gómez, M. A. (2022). Políticas de felicidad y su impacto en la seguridad del paciente: un enfoque eudemónico. *Revista de Economía Sanitaria, 15*(2), 87-99.

Grant, A. M. (2021). The happiness audit: Measuring and improving subjective well-being in healthcare organizations. *Health Affairs, 40*(3), 437-444.

Guerrero Castañeda, R. F., González Soto, C. E., & Jimnez González, M. J. (2020). La salud y su cuidado como relación cultural intersubjetiva: Reflexión fenomenológica en Schütz. *Enfermería Actual de Costa Rica*, (39), 236244. https://doi.org/10.15517/revenf.v0i39.40056

Hagle, M., Dwyer, D., Gettrust, L., Lusk, D., Peterson, K., & Tennies, S. (2020). Development and Implementation of a Model for Research, Evidence-Based Practice, Quality Improvement, and Innovation. *Journal of Nursing Care Quality, 35*(2), 102–107.

Hernández Cortina, A., & Guardado de la Paz, C. (2004). La Enfermería como disciplina profesional holística. *Revista Cubana de Enfermería, 20*(2).

Hernández R., y Mendoza C. (2018). *Metodología de la investigación, las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta.* Ciudad de México: McGraw-Hill Interamericana editores S.A. de C.V.; 2018.

Hevia, M. M., Marín, M. P. F., Nieto, M. P., Vega, J. A. C., & León, M. T. M. (2012). Rendimiento cumbre, patrones de alto desempeño y Flow en profesionales sanitarios, docentes y estudiantes universitarios: una aproximación introductoria. *Actualidad Médica, 97*(786), 42-52.

Hospital Internacional de Colombia. (s.f.). *Modelo de práctica profesional de enfermería.* Recuperado de https://www.hospitalinternacional.com/enfermeria/modelo-de-practica-profesional-de-enfermeria

International Council of Nurses (ICN). (2022). Enfermería: una voz para liderar. Invertir en enfermería y respetar los derechos para asegurar la salud global.

International Council of Nurses. (2025). *Caring for nurses strengthens economies: International Nurses Day 2025 repor*t. ICN. https://www.icn.ch

Kahneman D. (2015). *Pensar rápido, pensar despacio.* México D.F.: Penguin Random House Grupo editorial S.A. ; 2015.

Khosrojerdi , Tagharrobi Z, Sooki , Sharifi K. (2018). Predictores de la felicidad entre las enfermeras iraníes. *International Journal of Nursing Sciences.* 2018; 5(3): p. 281-286.

Kohnen, T., Wang, J., Kuss, O., & Bascher, A. (2024). Committed leadership, organizational resources, and professional well-being among nurses: A cross-sectional study. *Nursing Outlook, 72*(1). https://doi.org/10.1016/j.outlook.2023.102073

Kramer, M., Halfer, D., & George, E. (2021). Evidence-Based Strategies for Reducing Anxiety and Increasing Retention in Novice Nurses

Through Mentorship. *The Journal of Nursing Administration, 51*(4), 187-194.

Liderazgo en Enfermería. (s.f.). *El liderazgo en enfermería y su impacto en la calidad de la atención al paciente.* Recuperado el 14 de noviembre de 2025, de https://www.scribbr.es/normas-apa/ejemplos/fuentes-de-internet-sin-autor-fecha-o-titulo/.

Lopera de Peña, A. (2014). Desafíos éticos para la enfermería en la atención primaria en salud (APS) (Página No. 27). *Tribunal Nacional Ético de Enfermería.* https://www.tribunacionaleticoenfermeria.com/wp-content/uploads/2021/02/pagina-27.pdf

López, R. F. (2022). *La retención de talento en la sanidad pública: Una perspectiva de recursos humanos.* Ediciones del Bienestar.

Luo, H., & Wang, H. (2023). Correlation between psychological capital and academic burnout in nursing students: The moderating role of professional identity. *BMC Nursing, 22*(1), 315. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01483-w

Manara D. (2006). Nomos versus Idios: le condizioni per una pratica infermieristica non schizofrenica. *Nursing oggi.* 2006;(1).

Mansilla, C. A. (2021). *Satisfacción laboral del personal de enfermería según edad y antigüedad en el servicio y la percepción de cuidado humanizado de los pacientes según cantidad de días de internación en una sala de cuidados intensivos* [Tesis de grado, Universidad Nacional de Rosario (UNR)].

Marriner, A., & Railler, M. (2007). *Modelos y Teorías de Enfermería.* Elsevier.

Martínez, T., & Vega, P. (2019). El reconocimiento laboral como factor de la felicidad en enfermería. *Cuadernos de Salud Ocupacional, 10*(1), 12-25.

Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being* (2nd ed.). Van Nostrand Reinhold.

Melnyk, B. M., Kelly, S. A., Stephens, J., Dhakal, K., McGovern, C., Tucker, S., ... & Bird, S. B. (2020). Interventions to improve mental health, well-being, physical health, and lifestyle behaviors in physicians and nu*rses: A systematic review.* American Journal of Health Promotion, 34(8), 929-941. https://doi.org/10.1177/0890117120920451

Mijangos, K. I. (2014). El paradigma holístico de la enfermería. (Citado en: Una mirada al cuidado holístico de enfermería. *Alfa Publicaciones,* 5(3.1), 60–75. 2023).

Moore, C. E. (s.f.). *Eudaimonia.* PositivePsychology.com. Recuperado de https://positivepsychology.com/eudaimonia/

Morales Pizarro, R., Muro Excebio, I., & Chávez C. B. C. (2020). Experiencias de las enfermeras al brindar cuidados integrales en el primer nivel de atención. *Ciencia y Técnica en Enfermería y Estomatología (ACC CIETNA), 1*(1), 33–40. https://doi.org/10.35383/cietna.v1i1.162

Moran Vera, V., Orozco Mendoza, G., & Palomeque Solís, J. L. (2023). Competencias en liderazgo: Una necesidad en la formación del profesional de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería, 39*(1), e4500.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2019). *Taking action against clinician burnout: A systems approach to professional well-being.* The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/25521

NSI Nursing Solutions, Inc. (2025). *2025 NSI National Health Care Retention & RN Staffing Report.* NSI Nursing Solutions. https://www.nsinursingsolutions.com

Nurmeksela, A., Salo, A., & Stahlberg, V. (2021). Leadership skills of nurse managers in long-term care: A systematic review. *Journal of Nursing Management, 29*(1), 5467. https://doi.org/10.1111/jonm.13158

Orlando, I. J. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship: Function, process and principle*s. G. P. Putnam's Sons.

Peña, Y., & Castro Salas, M. (2010). Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermería Global,* (19), 1–15. https://doi.org/10.6018/eglobal.9.2.106821

Peña-Alfaro, B.-S., & Arango-Bayer, G.-L. (2022). Entorno laboral saludable para la práctica asistencial de enfermería: revisión de literatura. *Revista Colombiana De Salud Ocupacional, 12*(1), e-8290. https://doi.org/10.18041/2322-634X/rcso.1.2022.8290

Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing.* G. P. Putnam's Sons.

Pereira, S., Ribeiro, M., Mendes, M., Ferreira, R., Santos, E., Fassarella, C., & Ribeiro, O. (2024). Positive Nursing Practice Environment: A Concept Analysis. *Nursing Reports, 14*(4), 3052–3068.

Quintana A, García S, Chamorro E, Álvarez O. (2019). Visión de la felicidad de profesionales de Enfermería en el desarrollo de su práctica profesional. *Metas de enfermería.* 2019; 22(3).

Quintana Alonso, R., Miana Ortega, M., Chamorro Rebollo, E., García Isidoro, S., & Álvarez López, (2022). Felicidad en enfermeras durante su actividad profesional. *Metas de Enfermería, 25*(7), 49/56. https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2022.25.1003081971

Ramírez, J. S. (2017). *Efectos de la sobrecarga de trabajo en la calidad asistencia*l. Publicaciones de la Escuela de Enfermería.

Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. (2015). *Enfermería Universitaria, 12*(4), 185/195.

Rengifo, Y. (2021). Las emociones en enfermería: una mirada desde el cuidado humano. *Revista arbitrada del CIEG.*

Revista Cubana de Enfermería. (2016). Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Revista Cubana de Enfermería, 32*(4).

Rodríguez-Jiménez, S., Cárdenas-Jiménez, M., Pacheco-Arce, A., & Ramírez-Pérez, M. (2014). *Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería.*

Roya S, Amini K, Ramezani-badr F, Roohan M. (2019). Correlation of happiness and professional autonomy in Iranian nurses. J*ournal of Research in Nursing*. 2019; 24(8): p. 622-632.

Rubiano Mesa, Y. (2013). Sentimientos morales en la relación de cuidado enfermeras(os) – personas que viven con VIH/SIDA. *Enfermería Global, 12*(29).

Sabbah, I., Arafat, H., Al-Ali, J. A., & Bsisu, R. M. (2020). The relationship between transformational leadership and nurses' job satisfaction: A systematic review. *Journal of Health Science, 28*(1), 1-10.

Salanova, M. (2018). The importance of flourishing: Positive organizational psychology and nursing staff well-being. *Journal of Nursing Management, 26*(7), 785-794.

Salud a Diario. (2022, 15 de diciembre). *¿Qué es el cuidado holístico?* https://www.saludadiario.es/vademecum/que-es-el-cuidado-holistico/

Sanchez-Carlessi H. (2016). *Metodología y diseños en la investigación científica.* Lima: Business Support Aneth; 2016.

Sánchez-Herrera, B., Rojas Castañeda, Y. A., Monroy Rubiano, M. P., Verbel Vergara, L., Suárez Acuña, C., & Serna Restrepo, A. (2021). Modelo de práctica de enfermería para fortalecer la capacidad de cuidado de los pacientes y sus cuidadores. *Cultura de los Cuidados, 25*(61).

Sate, M. R. (2025). Competencias de enfermería en liderazgo y organización del trabajo asistencial para la gestión efectiva de recursos humanos en salud. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, 6*(3), 2927-2943. https://doi.org/10.56712/latam.v6i3.4169

Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-being*. Free Press.

Sentimientos morales en la relación de cuidado enfermeras(os) - personas que viven con VIH/SIDA. (2013). *Ética de los Cuidados, 6*(1).

Shen, C., Wang, Y., Sun, S., Wang, T., Zhang, P., Li, F., & Li, R. (2023). The effect of transformational leadership on nurses' prosocial behavior: The mediating role of perceived organizational support. *International Journal of Nursing Sciences, 10*(1), 1-8. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2022.11.006

Smith, A., & Johnson, B. (2020). Contract stability and mental health outcomes in hospital staff. *Journal of Nursing Administration, 50*(4), 180-188.

Smith, J. B. (2024). The economic case for flourishing: Calculating the return on investment in nurse well-being. *International Journal of Nursing Studies, 150,* 104720.

Smith, J., & Johnson, A. (2020). *Bridging the Gap: Mentorship and the Integration of New Nurses*. Health Professions Press.

Sánchez Yachi, S. M., & Sánchez Yachi, L. D. (2022). *Síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento al estrés en el profesional de enfermería que labora en el área Covid del hospital II Cadete Essalud - 2021* [Tesis de maestría, Universidad Nacional del Callao]. Repositorio Institucional UNAC. https://hdl.handle.net/20.500.12952/7735

Soto-Fuentes, P., Reynaldos-Grandón, K., Martínez-Santana, D., & Jerez-Yáñez, O. (2014). Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión. *Aquichan, 14*(1), 79-99. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74130041008

Specchia, M. L., Cozzolino, M. R., Frisicale, E. M., La Torre, G., & de Waure, C. (2021). |The impact of nursing leadership on work environment and patient care quality: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(22), 12102. https://doi.org/10.3390/ijerph182212102

Takeda S, Nakayama S, Uddin S, Hiramoto A, Inoue M. 2020. Correlation Between Subjective Happiness and Pleasant Activities at Workplace in Nursing Staff for Older Individuals in Japan. *Community Mental Health Journal.* 2020; 56(4): p. 776-783.

Tellie M, Leech R, van Wyk N.(2020). Compassion fatigue among nurses: The cost of having a relationship with HIV-positive patients. *Africa Journal of Nursing and Midwifery.* 2020; 22(16).

Tucker, S., & Lajoie, D. (2024, 18 de noviembre). *Evidence-Based Practice and Implementation Science in Nursing* [Podcast]. OPENPediatrics.

Van Manen, M. (2003). *Investigación educativa y experiencia vivida: Ciencia humana para una pedagogía de la acción y de la sensibilidad.* Idea Books.

Vargas-Lopez, J., Tejada-Muñoz, S., Díaz-Manchay, R. J., & Huyhua-Gutierrez, S. C. (2025). Experiencias de enfermeras que brindan

cuidado a personas con COVID-19 en un hospital público del Perú. *Cultura de los Cuidados, 29*(70).

Verbel Vergara, L., Suárez Acuña, C., & Sánchez-Herrera B. (2021). Modelo de práctica de enfermería para fortalecer la capacidad de cuidado de los pacientes y sus cuidadores. *Cultura de los Cuidados, 25*(61), 256-267.

Villarreal López, M. A., & Agrazal García, M. K. (2022). Competencias de liderazgo del profesional de enfermería. *Revista Científica de Ciencias de la Salud, 5*(2), 29-37. https://doi.org/10.53738/rccsalud.v5n2.396

Waldow, V. R. (1998). *Cuidado humano: Um resgate necessario*. Editora Sagra Luzzatto.

Wang, X., Lu, M., Chen, Y., Yu, D., Wang, X., & Xu, Z. (2024). Inclusive leadership and job performance among nurses: The mediating role of psychological empowerment. *Journal of Nursing Management, 32*(1), 213–221. https://doi.org/10.1111/jonm.14073

Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Little, Brown.

Watson, J. (2011). *Human Caring Science: A Theory of Nursing* (2a ed.). Jones & Bartlett Learning. (Citado en: Trascendencia espiritual, oportunidad de cuidadores informales de personas mayores: revisión integrativa desde la filosofía de Watson, 2020).

Watson, J. (2018). *Teoría del Cuidado Transpersonal. Citado en: Calidad del Cuidado de Enfermería en Pacientes del Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue Lima 2017* [Tesis de Pregrado, Repositorio UPCH].

Watson, J. (2018). *Unitary caring science: The philosophy and praxis of nursing*. University Press of Colorado.

Wei, H., King, A., Jiang, Y., Sewell, K. A., & Lake, D. M. (2020). The impact of nurse leadership styles on nurse burnout: A systematic review. *Nurse Leader, 18*(5), 439-450. https://doi.org/10.1016/j.mnl.2020.04.002

White, R. K. (2021). From individual self-care to systemic eudaimonia: A critical shift in nursing philosophy. *Nursing Inquiry, 28*(4), e12419.

Xue, X., Zhou, W., Ma, S., & Li, Z. (2025). The effects of ethical leadership on patient safety outcomes: A multilevel study in nursing. *Nursing Ethics, 32*(1), 28–42. https://doi.org/10.1177/09697330241270830

Zinsou, M., et al. (2023). Estudio cualitativo sobre las experiencias de las enfermeras en cuanto a estigma social en el contexto de la COVID-19. *Revista Española de Salud Pública, 97*.

Jesús Roger Chávez Parillo
Correo: jchavezpari@unsa.edu.pe
Perfil: Enfermero, Abogado, Docente en investigación científica y legislación en salud, Investigador Renacyt Nivel VI, Máster in Assistenza Avanzata al Paziente Critico, Doctor en Ciencias.
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4120-001X
Afiliación: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.

Reyna Ysmelia Peralta Gómez
Correo: rperaltag@unsa.edu.pe
Perfil: Profesional enfermera con grados académicos de Magister en Salud Pública y Doctorados en Enfermería y en Ciencias de la Salud Colectiva. Segundas Especialidades en Salud Pública y Administración en Salud.
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6673-7513
Afiliación: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.

Rosario Abigail Castelo Collado
Correo: rcasteloc@unsa.edu.pe
Perfil: Lic. en Enfermería, Magister en Salud de la Mujer del Niño y del Adolescente, Dra. en Ciencias, Salud Pública, Docente Universitario.
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8161-7277
Afiliación: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.

Azucena Natividad Prado Espinoza
Correo: apradoe@unsa.edu.pe
Perfil: Profesional de Enfermería, Licenciada en Educación con mención en Biología, Química y Ciencias Ambientales, Maestría en Docencia, Currículo e Investigación, Doctorado en Salud Pública, Segunda Especialidad en Dirección y Gestión.
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1410-8277
Afiliación: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.


EDITORIAL
KUNTUR