

UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Factores relacionados a la percepción de autoeficacia respecto al
cuidado humanizado del profesional de enfermería en un hospital
público, 2020

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTORA

Belisa Sandy Castro Trujillo

ASESOR

Yonathan Josué Ortiz Montalvo

Lima, Perú

2024

METADATOS COMPLEMENTARIOS**Datos de los Autores****Autor 1**

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (opcional)	

Autor 2

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (opcional)	

Autor 3

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (opcional)	

Autor 4

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (opcional)	

Datos de los Asesores**Asesor 1**

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (Obligatorio)	

Asesor 2

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (Obligatorio)	

Datos del Jurado**Presidente del jurado**

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	

Segundo miembro

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	

Tercer miembro

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	

Datos de la Obra

Materia*	
Campo del conocimiento OCDE Consultar el listado:	
Idioma	
Tipo de trabajo de investigación	
País de publicación	
Recurso del cual forma parte (opcional)	
Nombre del grado	
Grado académico o título profesional	
Nombre del programa	
Código del programa Consultar el listado:	

***Ingresar las palabras clave o términos del lenguaje natural (no controladas por un vocabulario o tesauro).**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ESTUDIOS DE ENFERMERÍA SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LICENCIATURA

ACTA N° 211-2024

En la ciudad de Lima, a los veintidós días del mes de Noviembre del año dos mil veinticuatro, siendo las 09:45 horas, la Bachiller CASTRO TRUJILLO, BELISA SANDY, sustenta su tesis denominada "**Factores relacionados a la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería en un hospital público, 2020**" para obtener el Título Profesional de Licenciado en Enfermería, del Programa de Estudios de Enfermería.

El jurado calificó mediante votación secreta:

- | | |
|--|--------------------------|
| 1.- Prof. Ruth Haydee Mucha Montoya | APROBADO : BUENO |
| 2.- Prof. Katherine Jenny Ortiz Romani | APROBADO : SOBRESALIENTE |
| 3.- Prof. Eyner Cristian Leiva Arevalo | APROBADO : REGULAR |

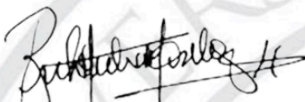
Se contó con la participación del asesor:

- 4.- Prof. Yonathan Josué Ortiz Montalvo

Habiendo concluido lo dispuesto por el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Católica Sedes Sapientiae y siendo las 10:55 horas, el Jurado da como resultado final, la calificación de:

APROBADO:BUENO

Es todo cuanto se tiene que informar.

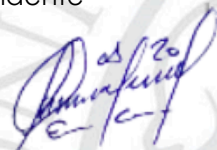


Prof. Ruth Haydee Mucha Montoya

Presidente



Prof. Katherine Jenny Ortiz Romani



Prof. Eyner Cristian Leiva Arevalo



Prof. Yonathan Josué Ortiz Montalvo

Lima, 22 de Noviembre del 2024

Anexo 2

CARTA DE CONFORMIDAD DEL ASESOR DE TESIS CON INFORME DE EVALUACIÓN DEL SOFTWARE ANTIPLAGIO

Lima, 31 de Octubre de 2024

Doctor,
Yordanis Enriquez Canto
Jefe del Departamento de Investigación
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Católica Sedes Sapientiae

Reciba un cordial saludo.

Sirva el presente para informar que la tesis, bajo mi asesoría, con título: **"Factores relacionados a la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería en un hospital público, 2020"**, presentado por la Srta. Castro Trujillo, Belisa Sandy, con código de estudiante 2016100555 y DNI N° 43983337, para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería ha sido revisado en su totalidad por mi persona y **CONSIDERO** que el mismo se encuentra **APTO** para ser sustentado ante el Jurado Evaluador.

Asimismo, para garantizar la originalidad del documento en mención, se le ha sometido a los mecanismos de control y procedimientos antiplagio previstos en la normativa interna de la Universidad, **cuyo resultado alcanzó un porcentaje de similitud de 7% (siete por ciento)**. Por tanto, en mi condición de asesor, firmo la presente carta en señal de conformidad y adjunto el informe de similitud del Sistema Antiplagio Turnitin, como evidencia de lo informado.

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente,



Ortiz Montalvo Yonathan Josué

DNI N°: 46314694

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7678-8303>

Facultad de Ciencias de la Salud

* De conformidad con el artículo 8°, del Capítulo 3 del Reglamento de Control Antiplagio e Integridad Académica para trabajos para optar grados y títulos, aplicación del software antiplagio en la UCSS, se establece lo siguiente:

Artículo 8°. Criterios de evaluación de originalidad de los trabajos y aplicación de filtros

El porcentaje de similitud aceptado en el informe del software antiplagio para trabajos para optar grados académicos y títulos profesionales, será máximo de veinte por ciento (20%) de su contenido, siempre y cuando no implique copia o indicio de copia.

Factores relacionados a la percepción de autoeficacia
respecto al cuidado humanizado del profesional de
enfermería en un hospital público, 2020

DEDICATORIA

A mi hija Anna, quién me ha convertido en un mejor ser humano.

“Si quieres alcanzar tus objetivos, debes estar preparado para una dosis diaria de dolor o incomodidad”.

Paulo Coelho

AGRADECIMIENTO

A Dios, por permitir mis logros.

A la Mg. Rocío del Pilar Malqui Vilca y a las coordinadoras de Enfermería del Hospital San Juan de Lurigancho, por el apoyo en la realización del estudio.

Al personal de enfermería, por brindarme su tiempo y ser parte de este estudio.

Al Mg. Yonathan Ortiz Montalvo, por su guía y motivación para la culminación de este trabajo.

A mis amigas Sandra Núñez y Gladys Rengifo, por su apoyo incondicional.

RESUMEN

Objetivo: Determinar qué factores se relacionan a la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería en un hospital público.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de diseño transversal con alcance correlacional en una muestra de 99 profesionales de enfermería, establecida mediante censo. De igual modo, se utilizó una ficha de datos y un instrumento validado, Caring Efficacy Scale (CES), para la medición del cuidado humano transpersonal, basado en la teoría de Jean Watson. En el análisis descriptivo, se calculó frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, así como promedios y desviación estándar para variables cuantitativas; en tanto que en el análisis inferencial, se realizó Chi-cuadrado y Kruskal Wallis. **Resultados:** La percepción de autoeficacia es moderada (71,72%), buena (14,14%) y mala (14,14%). Asimismo, los factores relacionados significativamente con la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado fueron los siguientes: capacitaciones en cuidado humanizado ($p=0,04$), ejercicio profesional ($p=0,01$), condición laboral ($p=0,05$) y no existencia de niveles confortables de densidad social ($p=0,04$). **Conclusión:** Se evidencia una relación directa entre la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado y los siguientes factores: capacitación en cuidado humanizado, ejercicio profesional, condición laboral y niveles no confortables de densidad social. Finalmente, se recomienda implementar cursos en pregrado que sean continuados durante el posgrado y la práctica clínica. Además, los coordinadores de enfermería en hospitales deberían propiciar la capacitación continua mediante distintas estrategias (talleres de coaching laboral por ejemplo), con la finalidad de conseguir un afrontamiento positivo.

Palabras clave: Autoeficacia, atención de enfermería, hospitales públicos.

ABSTRACT

Objective: To determine which factors are related to the perception of self-efficacy with respect to the humanized care of nursing professionals in a public hospital. **Materials and methods:** A cross-sectional study with a correlational scope was carried out on a sample of 99 nursing professionals, established by means of a census. A data sheet and a validated instrument, Caring Efficacy Scale (CES), were used to measure transpersonal human caring, based on Jean Watson's theory. In the descriptive analysis, frequencies and percentages were calculated for qualitative variables, as well as averages and standard deviation for quantitative variables; while in the inferential analysis, Chi-square and Kruskal Wallis were used. **Results:** The perception of self-efficacy is moderate (71.72%), good (14.14%) and bad (14.14%). Likewise, the factors significantly related to the perception of self-efficacy with respect to humanized care were the following: training in humanized care ($p=0.04$), professional practice ($p=0.01$), employment status ($p=0.05$) and not having comfortable levels of social density ($p=0.04$). **Conclusion:** There is evidence of a direct relationship between the perception of self-efficacy with respect to humanized care and the following factors: training in humanized care, professional practice, employment status and uncomfortable levels of social density. Finally, it is recommended to implement undergraduate courses that are continued during postgraduate and clinical practice. In addition, nursing coordinators in hospitals should promote continuous training through different strategies (e.g., job coaching workshops) in order to achieve positive coping.

Key words: Self-efficacy, nursing care, public hospitals.

TABLA DE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Resumen.....	v
Abstract.....	vi
Tabla de contenidos.....	vii
Índice de tablas.....	ix
Índice de figuras.....	x
Índice de anexos.....	xi
Introducción.....	1
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.1. Situación problemática.....	3
1.2. Formulación del problema.....	4
1.2.1. Problema general.....	4
1.2.2. Problemas específicos.....	4
1.3. Justificación de la investigación.....	5
1.3.1. Justificación teórica.....	5
1.3.2. Justificación práctica.....	5
1.3.3. Justificación metodológica.....	5
1.4. Objetivos de la investigación.....	6
1.4.1. Objetivo general.....	6
1.4.2. Objetivos específicos.....	6
1.5. Hipótesis.....	6
1.5.1. Hipótesis alterna (H1).....	6
1.5.2. Hipótesis nula (H2).....	6
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. Antecedentes de la investigación.....	7
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	7
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	9
2.2. Bases teóricas.....	11
2.2.1. Teoría transpersonal del cuidado humano.....	11
2.2.2. Teoría de la autoeficacia percibida.....	14
CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS.....	17
3.1. Tipo de estudio y diseño de la investigación.....	17
3.2. Población y muestra.....	17
3.2.1. Tamaño de la muestra.....	17

3.2.2. Selección del muestreo.....	17
3.2.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	17
3.3. Variables	18
3.3.1. Variable principal	18
3.3.2. Variables secundarias.....	18
3.4. Definición conceptual y operacionalización de variables	19
3.4.1. Definición conceptual	19
3.4.2. Definición operacional.....	20
3.5. Plan de recolección de datos e instrumentos	22
3.5.1. Plan de recolección de datos	22
3.5.2. Instrumentos	22
3.6. Plan de análisis e interpretación de la información	23
3.6.1. Análisis descriptivo	23
3.6.2. Análisis inferencial.....	24
3.7. Ventajas y limitaciones	24
3.7.1. Ventajas.....	24
3.7.2. Limitaciones	24
3.8. Aspectos éticos.....	24
3.8.1. Respeto de la confidencialidad y política de protección de datos	25
3.8.2. Respeto de la privacidad.....	25
3.8.3. No discriminación y libre participación	25
3.8.4. Consentimiento informado de la participación en la investigación.....	25
3.8.5. Respeto por la calidad de la investigación, autoría y uso de los resultados.....	25
CAPÍTULO IV. RESULTADOS.....	27
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN	46
5.1. Discusión	46
5.2. Conclusiones	47
5.3. Recomendaciones.....	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
ANEXOS	52

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 4.1. <i>Características descriptivas de la muestra</i>	28
Tabla 4.2. <i>Relación entre la percepción de autoeficacia y factores de la muestra</i>	34

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 4.1. <i>Nivel de percepción de autoeficacia</i>	27
---	----

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. <i>Operacionalización de la variable percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería</i>	53
Anexo 2. <i>Operacionalización de la variable secundaria factores personales</i>	54
Anexo 3. <i>Operacionalización de variable secundaria factores culturales</i>	55
Anexo 4. <i>Operacionalización de variable secundaria factores académicos</i>	56
Anexo 5. <i>Operacionalización de variable secundaria factores laborales</i>	57
Anexo 6. <i>Operacionalización de variable secundaria factores de carga de trabajo</i>	58
Anexo 7. <i>Operacionalización de variable secundaria factores de diseño del entorno de trabajo</i>	59
Anexo 8. <i>Matriz de consistencia</i>	62
Anexo 9. <i>Consentimiento informado</i>	63
Anexo 10. <i>Ficha de datos</i>	64
Anexo 11. <i>Cuestionario</i>	71

INTRODUCCIÓN

El profesional de enfermería, como pieza clave en los procesos de cuidado, es capaz de realizar cuidados humanos y deshumanos en la relación con el paciente y su familia. Como una figura importante, depende de sus conocimientos, vivencias, valores, actitudes y de la posición que adopte en el cuidado que brinda (1). Existen circunstancias en las que el profesional de enfermería se desenvuelve, como pueden ser un bajo estado de ánimo y problemas familiares o de otra índole, que influyen o dificultan la completa relación con el paciente. A estos, se suman la carencia de valores, que propicia un inadecuado trato; faltas de respeto; y posturas y actitudes que el paciente, su familia y la sociedad considerarán como un comportamiento deshumanizado (1). El cuidado humanizado en enfermería se hace necesario en la práctica diaria. Este cuidado será visible para el paciente y su entorno cuando propicie una mejor calidad de vida (2). Durante la atención diaria, los pacientes experimentan la falta de humanidad de distintas maneras; por ejemplo, la pérdida de identidad personal y faltas de respeto, privacidad y sistemas de apoyo (3). Frente a esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) difundió políticas de formación integral para el desarrollo humanista de los profesionales de salud, bajo el lema “trato humanizado a la persona sana y enferma”. Con ello, se reafirma la comunicación y apoyo entre la población y el personal de salud para lograr una transformación y comprensión del espíritu de la vida (2).

Diversos estudios han demostrado que la percepción de autoeficacia es regular o media (2, 4-7). Por ello, se hace necesario que los profesionales de enfermería se esfuercen en alcanzar las metas para brindar un cuidado humano. Con respecto al cuidado humanizado, estudios revelaron que los(as) enfermeros(as) brindan cuidados con tendencia regular a bajo. En ese sentido, se considera que el profesional de enfermería debe favorecer el bienestar del paciente, la familia y la comunidad, a través de su sentido humanístico y actitud positiva. Sin embargo, este no está llevando a cabo su cuidado de manera óptima, ya que para ello debe ser empático y de condición fina y sutil. para trascender y penetrar en la intimidad del paciente de manera positiva y satisfactoria (9).

Por ello, el presente estudio tiene como finalidad determinar cuáles son los factores que se relacionan con la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería en un hospital público de Lima, para lograr un afrontamiento positivo y una mejor adaptación al cambio. La autoeficacia percibida respecto al cuidado humanizado se define como aquellos conceptos que el profesional de enfermería tiene sobre sus capacidades para brindar cuidados. Estos conceptos forman la base para organizarse y ejecutar “sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado” hacia un cuidado humanizado (9). Además, es “un mecanismo predictivo de la conducta futura” que influye sobre la misma (9); es decir, hace que los(as) enfermeros(as) sean productores de su propio comportamiento, el cual debe estar relacionado con la forma de sentir, pensar y actuar de las personas, que se vinculan con la salud, el estado emocional y la integración social (10).

El estudio está dividido en cinco capítulos. En el capítulo I, se menciona el problema de investigación, que incluye la situación problemática, la formulación del problema, la justificación de la investigación, los objetivos de la investigación (general y específicos) y las hipótesis. En el capítulo II o marco teórico, se incluyen los antecedentes de la investigación y las bases teóricas. En el capítulo III, se hace mención de los materiales y

métodos y se incluye el tipo de estudio y diseño de la investigación, la población y muestra, las variables, el plan de recolección de datos e instrumentos, el plan de análisis, las ventajas y limitaciones, y los aspectos éticos. En el capítulo IV, se muestran los resultados que se obtuvieron a través de análisis previo. Finalmente, en el capítulo V, se desarrolla la discusión al confrontar los hallazgos con otros resultados, y se culmina con las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Situación problemática

En los últimos 20 años, las instituciones de salud han ido implementando una atención basada en el trato y cuidado humano. En distintos países, se promovieron estas iniciativas (8). Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) difundió políticas de formación integral para el desarrollo humanista de los profesionales de la salud a partir del lema “trato humanizado a la persona sana y enferma”. Estas políticas establecieron la comunicación y apoyo entre la población y el personal de salud para lograr una transformación y comprensión del espíritu de la vida (2). En la actualidad, el cuidado humanizado en la práctica del profesional de enfermería se hace necesario e importante (1). Sin embargo, este cuidado se ve afectado por diversos factores; entre ellos, se encuentra la percepción del profesional de enfermería. Con la finalidad de medir, orientar y mantener aquellos cuidados, se crearon diversas escalas; una de estas es la escala de eficacia del cuidado o Scale Efficacy Scale (CES), de Coates, basada en la teoría del cuidado humano, de Jean Watson (1, 12). En esa misma línea, el profesional planifica y ejecuta sus actos con base en un juicio sobre sus propias capacidades y destrezas, que lo hacen relevante para evaluar estos aspectos (2).

En la teoría transpersonal del cuidado humano, J. Watson otorga una dimensión espiritual y evocada de amor al cuidado de enfermería; en consecuencia, este cuidado debe ser amplio y sanador del espíritu y del cuerpo (9). A su vez, transmite que, en los siglos XIX y XX, el modelo integral de enfermería pasó de estar centrado en el ser humano a ser un modelo biomédico. Asimismo, estableció tres perspectivas deshumanizantes relacionadas con el paciente, el enfermero y la institución sanitaria. En la primera perspectiva, se encuentra la fragmentación de los cuidados; es decir, estos cuidados deben ser clasificados en especialidades. En la segunda, se ubica la falta de formación profesional sobre el sufrimiento que conlleva la hospitalización. Por último, en la tercera, se halla la burocracia, la visión de negocio y la carencia de recursos (13).

En Argentina, un estudio realizado en el 2024 evidenció que, de una muestra conformada por 95 enfermeras(os) de una institución sanitaria, la media de autoeficacia para brindar cuidados humanizados fue moderadamente positiva, con 148,13 (DE: 23,75). El ítem de mejor valoración fue “si pienso que un cliente/paciente está incómodo o puede necesitar ayuda, me acerco a esa persona”, categorizado como “moderadamente de acuerdo”, cuya media es 5,07 (DE: 1,52). Por el contrario, la de peor valoración fue “a menudo encuentro difícil transmitir mi punto de vista a los pacientes/clientes cuando lo necesito”, categorizado como “moderadamente en desacuerdo”, cuya media es 2,44 (DE: 1,56) (5).

En otro estudio del 2024 de tipo descriptivo con enfoque cuantitativo, a partir de una muestra de 90 estudiantes de licenciatura en Enfermería, se evidenció que la autoeficacia para brindar cuidados humanizados y relacionarse con los pacientes fue de 145,00 (RIQ: 30), cuyos puntajes más altos se obtuvieron en “relación interpersonal”, en tanto que los puntajes más bajos en empatía (12).

En Argentina en el 2023, un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal, con enfoque cuantitativo, tuvo una muestra de 76 participantes de un taller de una

universidad privada en donde encontró elementos positivos que reflejan humanización en la práctica asistencial. Es decir, se observó niveles moderadamente positivos en la percepción de autoeficacia para brindar cuidados humanizados, donde la dimensión mejor evaluada fue la relación interpersonal, mientras que la peor fue la empatía (2).

En Indonesia el 2019, un estudio mostró un nivel de significancia de $p=0.009$ en la autoeficacia de enfermeros, y de $p=0,005$ en la autoeficacia de las enfermeras en hospitales privados y hospitales públicos. En este estudio, la autoeficacia media de las enfermeras fue de $32,50 \pm 4,992$ (81,25%), mientras que el valor de composición de la autoeficacia relacionada con la acción (82,38%) fue mayor que la autoeficacia relacionada con la adaptación (80,15%) (7).

En el Perú, un estudio en el 2021 de tipo descriptivo con enfoque cuantitativo mostró que, de 80 enfermeras(os) del hospital Hipólito Unanue de Tacna, la autoeficacia del cuidado humanizado en el contexto del COVID-19 fue regular en un 46,25%, bueno en un 36,26% y malo en un 17,5% (6).

Otro estudio realizado en Perú en el 2019 evidenció que, de una muestra conformada por 41 enfermeras(os) de los diferentes servicios de hospitalización del Hospital Provincial Docente Belén, de Lambayeque, el 61% brinda un cuidado de nivel regular; el 24,4%, un cuidado de nivel deficiente; y el 14,6%, un cuidado de nivel bueno. Además, se evidenció que la edad no afecta la calidad de cuidado del paciente y que las enfermeras(os) que tienen especialidad y maestría brindan un mejor cuidado (4).

En la actualidad, existen estudios a nivel nacional e internacional sobre el cuidado humanizado; sin embargo, a nivel local, no existen estudios en los que se relacionen factores con la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería. En tal sentido, se hace necesario la búsqueda de información y la aplicación de un instrumento para que sustente si existe una relación entre las variables propuestas. De ese modo, será posible evidenciar si el cuidado de enfermería en su razón moral no se limita a lo procedimental, sino a una serie de actos de intercambio entre dos seres que, sumergidos en sus emociones, fortifican el cuidado en su más alto nivel (9).

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Qué factores se relacionan a la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería en un hospital público en 2020?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las frecuencias y porcentajes de la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería en un hospital público en 2020?
- ¿Cuáles son las frecuencias de los factores personales del profesional de enfermería en un hospital público en 2020?

- ¿Cuáles son las frecuencias de los factores culturales del profesional de enfermería en un hospital público en 2020?
- ¿Cuáles son las frecuencias de los factores académicos del profesional de enfermería en un hospital público en 2020?
- ¿Cuáles son las frecuencias de los factores laborales del profesional de enfermería en un hospital público en 2020?
- ¿Cuáles son las frecuencias de los factores de diseño del entorno de trabajo del profesional de enfermería en un hospital público en 2020?

1.3. Justificación de la investigación

El presente estudio se realizó con el fin de determinar cuáles son los factores que se relacionan a la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería en un hospital público de Lima.

1.3.1. Justificación teórica

El estudio constituye un aporte a la comunidad científica y académica, puesto que ayuda a conocer el fenómeno analizado en los profesionales de enfermería bajo su autoeficacia percibida. En la teoría de Jean Watson, se afirma que el profesional de enfermería, en su acción abierta a la evocación de amor, otorga una dimensión espiritual que, al integrarse a los conocimientos y prácticas (3), mejora la calidad de los cuidados. Ante el riesgo de cuidados menos humanos, se hace necesario que el profesional interiorice su aspecto humano, espiritual y transpersonal en su práctica diaria y haga efectiva la práctica de manera interpersonal para lograr la sensibilización hacia aspectos más humanos, establecidos a través de cuatro paradigmas: persona, medio ambiente (entorno), salud y enfermería. De ese modo, será posible lograr la práctica de cuidado humanizado.

1.3.2. Justificación práctica

Es importante investigar sobre la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado, puesto que permite evidenciar el juicio sobre el cuidado humano que está realizando el profesional de enfermería, así como su comportamiento y afrontamiento. En ese sentido, visibilizar sus debilidades contribuirá con mejorar los cuidados que este brinde. Conjuntamente con la práctica de cuidados humanizados, el profesional podrá emitir juicios autónomos acerca de sus propias capacidades para organizar, intervenir, alcanzar y evaluar su rendimiento.

1.3.3. Justificación metodológica

El estudio se justifica debido a la escasa existencia de estudios a nivel local, nacional e internacional acerca de la relación y el análisis estadístico que se emplea en el presente estudio. Además, su instrumento se encuentra basado en la teoría de Jean Watson y en la teoría de autoeficacia percibida de Bandura, con las cuales sustenta su validez y

confiabilidad. Finalmente, se busca incentivar futuras investigaciones que indaguen sobre aquellos factores que se relacionan con la percepción respecto al cuidado humanizado.

1.4 . Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar qué factores se relacionan a la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería en un hospital público en 2020

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar las frecuencias y porcentajes de la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería en un hospital público en 2020
- Identificar las frecuencias de los factores personales del profesional de enfermería en un hospital público en 2020
- Identificar las frecuencias de los factores culturales del profesional de enfermería en un hospital público en 2020
- Identificar las frecuencias de los factores académicos del profesional de enfermería en un hospital público en 2020
- Identificar las frecuencias de los factores laborales del profesional de enfermería en un hospital público en 2020
- Identificar las frecuencias de los factores de diseño del entorno de trabajo del profesional de enfermería en un hospital público en 2020

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis alterna (H1)

Los factores se relacionan significativamente con la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería en un hospital público en 2020.

1.5.2. Hipótesis nula (H2)

Los factores no se relacionan significativamente con la percepción de autoeficacia respecto al humanizado del profesional de enfermería en un hospital público en 2020.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

A continuación, se presenta la revisión bibliográfica internacional y nacional sobre investigaciones relacionadas con el presente estudio.

2.1.1. Antecedentes internacionales

En 2024, un estudio de tipo descriptivo y corte transversal con enfoque cuantitativo tuvo como propósito evaluar la autoeficacia percibida para brindar cuidados humanizados por parte del personal de enfermería en una institución sanitaria de Buenos Aires en el primer semestre de 2023. La población estuvo conformada por 108 profesionales, de los cuales 95 participaron voluntariamente. Para ello, se utilizó el instrumento Caring Efficacy Scale (CES), de Coates, en su versión en español validada por Poblete Troncoso, con un alfa de Cronbach de 0,91. Entre los resultados, se encontró lo siguiente: (a) la edad media de los profesionales fue de 38,29 años (DE: 8,00); (b) el porcentaje de mujeres fue de 82,11%; (c) el porcentaje de solteros, de 57,89%; (d) el porcentaje de profesionales con hijos, de 62,11%; y (e) el porcentaje de profesionales con más de 5 años de experiencia laboral, de 64,21%. De igual modo, se halló que el ítem de mejor valoración fue “si pienso que un cliente/paciente está incómodo o puede necesitar ayuda, me acerco a esa persona”, categorizado como “moderadamente de acuerdo”, con una media de 5,07 (DE: 1,52). Por el contrario, el ítem de peor valoración fue “a menudo encuentro difícil transmitir mi punto de vista a los pacientes/clientes cuando lo necesito”, categorizado como “moderadamente en desacuerdo”, con una media de 2,44 (DE: 1,56). De otra parte, la media de autoeficacia para brindar cuidados humanizados fue moderadamente positiva 148,13 (DE: 23,75). Este estudio concluyó que la percepción de autoeficacia para brindar cuidados humanizados fue positiva, lo cual se asoció negativamente con la realización de actividades asistenciales ($p= 0,018$) (5).

En 2024, otro estudio descriptivo, con enfoque cuantitativo, evaluó la percepción de autoeficacia para brindar cuidados humanizados por parte de estudiantes de enfermería de una institución adventista en Argentina. Para ello, se aplicó el instrumento Caring Efficacy Scale, de Coates, en una muestra de 90 estudiantes de la licenciatura de enfermería. Los resultados mostraron que la autoeficacia para brindar cuidados humanizados y relacionarse con los pacientes fue de 145,00 (RIQ: 30). Asimismo, se resaltó que los puntajes más altos se hallaron en relación interpersonal; mientras que los puntajes más bajos en empatía. Se concluyó que la percepción fue positiva y que, además, se vinculó con la formación previa ($p= 0,01$) y el estado civil ($p= 0,05$) (12).

En 2023, un estudio de tipo descriptivo y corte transversal, con enfoque cuantitativo, tuvo como propósito evaluar la percepción de autoeficacia para brindar cuidados humanizados por parte de estudiantes y profesionales de enfermería de Buenos Aires, Argentina. La muestra estuvo conformada por 76 participantes de un taller de una universidad privada. Para ello, se implementó el instrumento Caring Efficacy Scale en español. Los resultados arrojaron que 37,1 años fue la edad promedio de los participantes, quienes en su mayoría fueron mujeres con más de 5 años de experiencia

laboral. De igual modo, se halló asociaciones entre las dimensiones empatía ($p= 0,028$), seguridad al brindar atención ($p= 0,005$) y habilidades de comunicación ($p= 0,037$), y no tener hijos, ser estudiante y tener formación de grado académico con puntajes mayores respectivamente. En adición, se encontró elementos positivos que reflejan humanización en la práctica asistencial. Finalmente, el estudio concluyó con niveles moderadamente positivos en la percepción de autoeficacia para brindar cuidados humanizados, cuya dimensión mejor evaluada fue relación interpersonal, en tanto que la peor fue la dimensión empatía (2).

En 2022, un estudio tuvo como objetivo evaluar el nivel de autoeficacia percibida y optimismo, y su relación con factores personales y laborales en la enfermería de los servicios de urgencias hospitalarias en las áreas de salud de la ciudad de Valladolid. El estudio fue de diseño descriptivo y de corte transversal con enfoque cuantitativo en una muestra de 58 enfermeras. Para ello, se utilizó la escala de autoeficacia general, de Baessler y Schwarzer, y la escala de optimismo, del cuestionario de optimismo. Sus resultados mostraron que la edad promedio fue 37,90 años, el 81% fueron mujeres; el promedio de autoeficacia fue 30,98 y el promedio de optimismo fue 27,97. Asimismo, se encontró una relación significativa entre la autoeficacia y las variables optimismo total, satisfacción, eficacia, optimismo y residencia. En conclusión, se determinó que es alto el nivel de autoeficacia percibida y de optimismo que presentan las enfermeras (10).

En 2020, un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal tuvo como finalidad evaluar la autoeficacia general de las enfermeras pediátricas, el apoyo organizacional percibido y los beneficios profesionales percibidos de los hospitales terciarios de clase A en la provincia de Jilin en China. La muestra estuvo conformada por 300 enfermeras pediátricas, a quienes se les aplicó los siguientes instrumentos: (a) la escala de autoeficacia general, (b) la escala de apoyo organizacional percibido, (c) la escala del entorno de práctica y (d) la escala de beneficios profesionales percibidos por parte de las enfermeras. Los resultados encontrados fueron una asociación significativa entre la autoeficacia general y el apoyo organizacional percibido, y positiva con los beneficios profesionales percibidos por las enfermeras. Además, se evidenció que el entorno de la práctica de enfermería tuvo un papel mediador parcial entre los beneficios profesionales percibidos y el apoyo organizacional percibido; y un papel mediador completo con la autoeficacia general. Por último, el estudio concluyó que la autoeficacia general influye indirectamente en los beneficios profesionales percibidos; en tanto que el apoyo organizacional percibido influye directa e indirectamente en los beneficios profesionales percibidos por el entorno de la práctica de enfermería (17).

En 2019, un estudio utilizó un muestreo por conglomerados que involucró a 12 hospitales en seis provincias de Indonesia, con el cual se logró un muestreo aleatorio proporcional conformado por 1,323 enfermeras. Su objetivo fue encontrar una descripción general de la autoeficacia de las enfermeras en función de sus características. Los resultados mostraron diferencias significativas en la autoeficacia de enfermeros y enfermeras ($p=0,009$). También, se evidenció diferencias significativas en la autoeficacia de las enfermeras en hospitales privados y en hospitales públicos ($p = 0,005$). De igual manera, la autoeficacia media de las enfermeras fue de $32,50 \pm 4,992$ (81,25%); mientras que el valor de composición de la autoeficacia relacionada con la acción (82,38%) fue mayor que la autoeficacia relacionada con el afrontamiento (80,15%). Este estudio concluyó que los enfermeros tienen mayor autoeficacia que las

enfermeras. Asimismo, las enfermeras en hospitales privados tienen mayor autoeficacia que las enfermeras en hospitales públicos. Finalmente, las enfermeras en Indonesia tienen buena autoeficacia; no obstante, sus creencias sobre la capacidad de esforzarse por alcanzar las metas no son tan grandes como la creencia inicial en el establecimiento de las metas (7).

En 2018, para finalizar, un estudio acerca de la educación en el cuidado humanizado, de enfoque cuantitativo y de corte longitudinal y pre experimental, realizó una prueba en una población conformada por 37 enfermeras y enfermeros de un hospital público de segundo nivel de atención de San Luis de Potosí de los servicios de hospitalización de medicina interna y cirugía. El objetivo era evaluar el efecto de una intervención educativa para el adecuado uso del indicador “trato digno” ante el cuidado del paciente hospitalizado. El estudio tuvo tres etapas: la primera constó de una evaluación diagnóstica de conocimientos; la segunda, de la implementación de un programa de educación para el adecuado uso del indicador “trato digno”; y la tercera etapa, de la evaluación de los conocimientos obtenidos. Finalmente, se contrastó los datos del antes y después del programa. Los resultados arrojaron que, en la primera etapa, el 97% de los profesionales de enfermería tuvo un nivel bajo de conocimientos; mientras que después de la implementación del programa, el 80% incrementó su nivel de medio a alto. Se concluyó que la intervención educativa incrementó los conocimientos en el buen uso del indicador del “trato digno” (18).

2.1.2. Antecedentes nacionales

En 2021, un estudio con alcance correlacional y de corte transversal tuvo como objetivo determinar la relación entre la autoeficacia y el estrés laboral en profesionales de enfermería. La población estuvo conformada por 137 enfermeras, de las cuales por muestreo aleatorio simple, se obtuvo una muestra de 95 enfermeras que laboraban en los distintos establecimientos de la Micro Red de Salud Chilca. Los instrumentos aplicados fueron la escala de autoeficacia general y la escala de estrés de enfermería. En los resultados, se encontró que el 44,2% de las enfermeras tenían baja o muy baja autoeficacia profesional, y alto o muy alto estrés laboral en un 28,4%. Finalmente, el estudio concluyó que a mayor autoeficacia, menor estrés laboral en los profesionales de enfermería, con un coeficiente de correlación de Pearson moderado negativo de $r = -0,451$ (14).

En 2021, un estudio de tipo descriptivo y enfoque cuantitativo tuvo como objetivo determinar cómo se da la autoeficacia del cuidado humanizado en el contexto COVID-19 en las enfermeras y enfermeros del hospital Hipólito Unanue de Tacna. La muestra estuvo conformada por 80 enfermeras(os) de una población de 168 profesionales de enfermería. Para ello, se aplicó una encuesta de elaboración propia y un instrumento de escala de Likert, Caring Efficacy Scale, de Coates, adaptado para Latinoamérica por Poblete. Finalmente, sus resultados mostraron que la autoeficacia del cuidado humanizado en el contexto del COVID 19 en enfermeras(os) fue regular en un 46,25%; bueno en un 36,26%; y malo en un 17,5% (6).

En 2021, un estudio de enfoque cuantitativo y de tipo descriptivo con alcance correlacional tuvo como objetivo determinar la asociación entre los conocimientos sobre el cuidado humanizado, las condiciones laborales del profesional de enfermería y el cuidado humanizado en pacientes del centro quirúrgico del Hospital Regional Docente de Cajamarca. Con una muestra de 40 profesionales, se realizó la recolección de datos utilizando como instrumento el cuestionario sociodemográfico y de conocimientos sobre cuidado humanizado y condiciones laborales, así como un test de observación del cuidado humanizado. Entre los resultados, se encontró que el 52,5% de los profesionales de enfermería tienen un conocimiento bajo; el 27,5%, un conocimiento alto; y el 20%, un conocimiento medio sobre el cuidado humanizado. Se mostró que en la condición física, social y psicológica es regular en un 87,5%, 72,5% y 67,5% respectivamente. Además, el 75% brinda cuidado humanizado de manera regular, en tanto que el 25% ofrece un cuidado deficiente. El estudio mostró una asociación significativa entre los conocimientos sobre el cuidado humanizado del profesional de enfermería y el cuidado humanizado que brinda a los pacientes del centro quirúrgico ($p= 0,000$). Por último, existe una asociación entre las condiciones físicas y psicológicas del profesional de enfermería y el cuidado humanizado que brinda a pacientes del centro quirúrgico ($p= 0,025$; $p= 0,048$) (15).

En 2019, tuvo como objetivo determinar “el nivel del cuidado humanizado desde la perspectiva del profesional de enfermería”. La muestra estuvo conformada por 41 enfermeras(os) de los diferentes servicios de hospitalización que accedieron al estudio. Los instrumentos utilizados fueron la encuesta sociodemográfica y el Caring Efficacy Scale, desarrollado por Carolie Coates en 1992, que se basa en la teoría transpersonal del cuidado humano, de Jean Watson. En los resultados, se halló que el 61% (25 enfermeros) brinda un nivel regular de cuidado; el 24,4% (10 enfermeros), un nivel deficiente; y el 14,6% (6 enfermeros), un nivel bueno. Además, evidenció que la edad no afecta al momento de brindar este cuidado al paciente y que las enfermeras que tienen especialidad y maestría proporcionan un mejor cuidado. El estudio concluyó que el nivel de cuidados humanizados establecidos por los profesionales de enfermería es regular, en tanto que la percepción de autoeficiencia es favorable al momento de brindar el cuidado a la persona (4).

En 2019, finalmente, un estudio de tipo descriptivo con alcance correlacional mostró como objetivo determinar la asociación entre el estrés laboral y el desempeño profesional en enfermeros del Hospital Regional Docente, de Trujillo. En la muestra constituida por 34 enfermeros, se aplicó el cuestionario The Nursing Scale (NSS), traducido al español por Escribá, y la ficha de observación no participativa para la evaluación del desempeño laboral del profesional de enfermería del Ministerio de Salud. Estos instrumentos permitieron identificar el nivel de estrés laboral y valorar el desempeño profesional respectivamente. Los resultados arrojaron que el 47% mostró un nivel de estrés laboral, bajo; mientras que el 53%, un nivel medio. En cuanto al desempeño laboral, el 6% presentó buen desempeño; el 53%, muy buen desempeño; y el 41%, excelente desempeño. El estudio concluyó que no existen suficientes evidencias para relacionar el nivel de estrés laboral con el desempeño profesional, ya que la prueba estadística de Gamma dio como resultado que $p > 0,05$ (16).

2.2. Bases teóricas

Para el presente trabajo de investigación, se proponen las siguientes bases teóricas con el fin de obtener una base científica que respalde este estudio.

2.2.1. Teoría transpersonal del cuidado humano

Esta teoría le otorga al cuidado una dimensión espiritual en la que su acción está abierta a la evocación de amor (9). Pertenece a la Escuela del Caring (cuidado), que manifiesta que el profesional de enfermería puede mejorar la calidad de los cuidados que brinda a las personas si se abre a dimensiones tales como la espiritualidad y la cultura, e integran los conocimientos vinculados con estas dimensiones (6).

Esta teoría expande su trabajo en el contexto ético-moral y científico, apoyado en las filosofías éticas de Emmanuel Lévinas (ética del cara a cara) y Knud Logstrup (el sostener el alma del otro en nuestras manos). De igual modo, evoca el amor y el cuidado como soporte teórico-filosófico del cuidado humano transpersonal, que surge desde un paradigma expandido para conectar con la dimensión existencial-espiritual y las experiencias del proceso de la vida humana (9). Finalmente, considera que el cuidado del profesional de enfermería, como esencia, establece una manera particular para lograr la relación transpersonal, puesto que el paciente y el profesional se vuelven uno, es decir, una sintonía cuerpo y alma.

Por otro lado, el cuidado es efectivo si se establece en forma interpersonal, es decir, entre enfermera y paciente. En ese sentido, es necesario considerarlo como un fenómeno social universal. Para ello, el trabajo de J. Watson contribuye con la sensibilización de los profesionales hacia aspectos más humanos, pues mejora la calidad de atención (2) a través de cuatro paradigmas necesarios en la práctica enfermera: (a) persona, como “un ser en el mundo” o como una unidad de mente, cuerpo y espíritu, o sujeto de cuidado de enfermería (15); (b) medio ambiente, como la percepción de sí mismo, creencias y expectativas (pasado, presente y futuro imaginado); (c) salud, que, según Watson, tiene que ver con la “unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma” (15); y (d) enfermería, que está centrada en relaciones de cuidado transpersonal (15).

El proceso de cuidado se realiza cuando el profesional de enfermería se sumerge en el campo fenomenológico de la persona en relación con su salud. La teoría transpersonal del cuidado humanizado plantea 10 factores de cuidados (FC), que se denominan proceso “caritas” de cuidados (PCC) (6).

Formación de un sistema humanístico altruista de valores (FC)

Consiste en la “práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente” (PCC). Explica que la satisfacción se puede dar a través del sentido de extensión del propio ser. Para ello, los valores humanísticos y altruistas deberían ser aprendidos tan pronto como sea posible y apoyarse de la preparación establecida por profesionales de enfermería educadores. Asimismo, pone énfasis en que los profesionales evolucionan su desarrollo moral en el que la finalidad sea la introspección para desarrollar mejores aptitudes y actitudes frente al otro ser. También hace un

llamado a la formación en ciencias humanas para brindar herramientas que ayuden a comprender los dinanismos en la sociedad, cultura y psicología de cada individuo, pues cuidamos a seres humanos diferentes y únicos (6).

Inculcación de fe y esperanza (FC)

Hace referencia a “ser o estar auténticamente presente y permitir y mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad. Este individuo libre, con creencias propias, es un ser para el cuidado” (PCC). Este factor adiciona los valores humanísticos y altruistas para facilitar la promoción del cuidado de enfermería holística. Se describe el desarrollo de las interrelaciones eficaces entre enfermera y paciente para promover el bienestar y conseguir que adopte conductas saludables. También enfatiza “la importancia de la fe y la esperanza para el cuidado y la sanación” en la que los pacientes sean promotores de sus creencias para que mantengan la fe en sí mismos (6).

Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás (FC)

Se enfoca en “el cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que va más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión” (PCC). Este factor permite la aceptación personal tanto del profesional de enfermería como del paciente a través del propio reconocimiento de su sensibilidad y sentimientos, que los hacen más originales, verdaderos y sensibles. Asimismo, se señala conductas en las que se evidencia el temor frente a la muerte, situaciones de dolor y duelo. Por ello, se busca la práctica de la sensibilidad hacia uno mismo para que la de los otros adquiera relevancia. De igual modo, se invoca a cultivar un desarrollo evolutivo moral, así como actualizaciones en técnicas y conocimientos, y el desarrollo de sentimientos basados en fe y esperanza (6).

Desarrollo de una relación de ayuda y confianza (FC)

Concierne al “desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza” (PCC). Este factor enfatiza que la relación entre enfermera(o) y paciente están basados en confianza, pues sin esto no se podría llegar al cuidado transpersonal. En esta relación, se permite la expresión de sentimientos positivos y negativos para lograr un ambiente coherente, empático y de acogida al ser reales, honestos y auténticos. Esta empatía se alcanza cuando se ha captado con claridad el universo del paciente y este puede expresarse libremente, pues existe una comunicación eficaz, en donde la enfermera reconoce los sentimientos de otros sin juzgar, incomodarse, enojarse y/o sentir conflicto entre ellos (6).

Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos, negativos y emociones, comportamientos, pensamientos y expresiones reconociendo la situación del paciente (FC)

Se refiere a “estar presente y constituirse para expresar sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida”

(PCC). En este factor, se reconoce que las emociones son “ventanas por las cuales se visualiza el alma”. La enfermera debe estar preparada para asimilar los sentimientos positivos y negativos, puesto que permitirá que el paciente evite apropiarse de sentimientos defensivos, de negación y/o acumulación de estrés. El profesional de enfermería tiene el deber de permitir la expresión de estos sentimientos para visualizar la congruencia en el ser cuidado (6).

Uso sistemático del método científico de la solución de problemas para la toma de decisiones (FC)

Consiste en “el uso creativo de la persona, como partícipe en el arte de cuidar y de toda forma de conocer como parte del proceso asistencia” (PCC). A través del proceso de enfermería creativo, individualizado, participativo, sistemático y organizado, se establecen soluciones para los problemas que surgen en el cuidado de enfermería. De esta manera, se evidencia un desligue de la imagen tradicional de la enfermera como ayudante del médico. De igual modo, sustenta también que los conocimientos se reafirman en la práctica diaria; por esa razón, es necesario sostener, cultivar e integrar estos conocimientos científicos en toda la vida profesional, poniendo énfasis en que la esencia de la ciencia de enfermería se encuentra ligada a la ciencia humanística (6).

Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal (FC)

Sugiere “participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro” (PCC). Este factor evidencia la importancia para la enfermería, ya que desliga el cuidado de la curación. En ese sentido, el paciente obtiene mejor información y cambia comportamientos para el bienestar y salud del paciente. Si la enfermera está preparada, facilitará el proceso de enseñanza con las técnicas de “enseñanza-aprendizaje” diseñadas para motivar el autocuidado de los pacientes, así como establecer las necesidades personales y ofertar las oportunidades para su crecimiento personal (6).

Creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural (FC)

Alude a la “creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, y ambiental de energía y de conciencia), ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz” (PCC). Es decir, el profesional de enfermería debe tener la capacidad de reconocer la influencia de entornos internos y externos de la salud y enfermedad de cada individuo. El bienestar mental y espiritual, así como las creencias socioculturales, representarán el entorno interno. Las variables como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios representarán el entorno externo. Por último, satisfacer estas necesidades se relacionan estrechamente con la salud del individuo (6).

Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas (FC)

Consiste en “la asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que sensibiliza el espíritu de los individuos, honrando la unidad del ser, y

permitiendo a la espiritualidad emerger” (PCC). Se hace necesario que la enfermera reconozca todas las necesidades propias y las del paciente. Asimismo, está basada en la pirámide jerárquica de las necesidades humanas de Maslow, que afirma que las necesidades de supervivencia o necesidades biofísicas (nutrición, eliminación y ventilación) se encuentran en el primer nivel; las necesidades funcionales o psicofísicas (reposo-actividad y sexuales), en el segundo nivel; y las integrativas o necesidades psicosociales, de pertenencia y logros, en el tercer nivel. Por último, en el nivel más alto, están las necesidades intra e interpersonales y la necesidad de realización de sí mismo; es decir, aquellas que tienden a la búsqueda de crecimiento personal (6). En adición, los factores socioculturales afectan todas las necesidades en todos los niveles. Por ello, se reitera que brindar cuidados está destinado a la satisfacción de todas las necesidades humanas en el ámbito de la salud del individuo, comunidad o población (6).

El reconocimiento de fuerzas existenciales-fenomenológicas (FC)

Se refiere al “reconocimiento de fuerzas existenciales-fenomenológicas-espirituales” (PCC). Para el profesional de enfermería, la permisión de fuerzas existenciales, fenomenológicas y espirituales del cuidado y la curación se establecen estimulando la comprensión de uno mismo y de los demás. Para ello, es necesario atender los misterios espirituales y existenciales en la vida y muerte (6).

Teniendo en cuenta estos factores de cuidado (FC) o proceso “caritas” de cuidados (PCC) en la práctica del profesional de enfermería, se deben cumplir estándares y procedimientos en un sistema sólido de valores humanistas y altruistas para actuar en la dimensión del cuidado sensible, y en la atención de las demandas de cuidados de aquellos que enfrentan sufrimientos que provienen de una enfermedad (1, 19). En tal sentido, incorporar el existencialismo y los factores fenomenológicos a la ciencia de cuidado es necesario para comprender el significado y actuar con profesionalismo, puesto que se adquieren conocimientos filosóficos del ser humano.

Por todo lo expuesto, se considera un arte cuando los profesionales de enfermería experimentan y comprenden sentimientos del otro ser. Es un arte cuando es capaz de percibir y asimilar estos sentimientos y, a su vez, es capaz de expresarlos de manera semejante a quien los experimenta (12).

2.2.2. Teoría de la autoeficacia percibida

La teoría de autoeficacia percibida, de Albert Bandura, nació en 1969 cuando el autor expone diversas metodologías para modificar conductas en su obra “Principios de la modificación de conducta” (20).

El concepto de autoeficacia nace en la teoría del aprendizaje social o teoría social cognitiva, creada también por Bandura (20). En esta, se “defiende como constructo principal para realizar una conducta, la autoeficacia, la cual media entre el conocimiento y la acción” (20).

De otra parte, la autoeficacia se entiende como aquel dominio sobre una tarea específica o como aquella competencia para afrontar situaciones distintas. También, se considera como juicios acerca de las propias capacidades para organizar, intervenir, alcanzar y evaluar el rendimiento personal (6). Además, permite que la persona determine sus conductas y dirija su comportamiento para enfrentar y persistir en situaciones complejas y lograr solucionarlas (2). A su vez, representa un papel fundamental en el ser humano, debido a que interviene en el comportamiento y afecta las metas, visiones, expectativas, tendencias y percepción de las amenazas y oportunidades que se presentan en el entorno (2).

Para Bandura, la autoeficacia tiene gran relevancia, puesto que es un factor que influye a nivel cognitivo, afectivo y motivacional. Asimismo, una alta autoeficacia percibida presenta relación con “pensamientos y aspiraciones positivas acerca de ejecutar una conducta con éxito, menor estrés, ansiedad y percepción de riesgo, junto con una apropiada planificación del curso de acción y anticipación de buenos resultados” (20)

Finalmente, las creencias de autoeficacia se desenvuelven en la niñez, pero no concluyen en esa etapa; ya que “la evolución de la autoeficacia continua a lo largo de la vida, mientras se adquieren nuevas habilidades y conocimientos, o se vive nuevas experiencias (20). Se han establecido cuatro fuentes sobre las creencias de las personas asociadas con su eficacia. Estas son las siguientes:

Experiencias de dominio

Son experiencias marcadas por el éxito y el fracaso. Se encuentran cimentadas en las propias experiencias de dominio; por ello, a mayor éxito, menor fracaso. El éxito continuo en determinadas acciones aumentará las percepciones positivas de autoeficacia, y hará que los fracasos sean motivo de perseverancia en sobrepasar los obstáculos que los ocasionan (10).

Experiencias vicarias

Están marcadas por las expectativas de observación. Es decir, la observación de experiencias sobre el éxito de otros motiva el esfuerzo y realización personal. Las personas copian modelos de éxito; en consecuencia, observan, analizan y ejecutan actividades al creer que tienen las mismas capacidades para lograr el éxito. Esto involucra comparaciones sociales entre las capacidades de una persona y las de otra (10).

Persuasión social

Se encuentra marcada por las creencias y la sugestión. En otras palabras, es vulnerable a la situación. Consiste en motivar o alentar cuando existe una disminución de la eficacia percibida. Sin embargo, cuando el nivel de autoeficacia está elevado solamente se necesita de un poco más de confianza para actuar y lograr el éxito (10).

Estados psicológicos y emocionales

Las situaciones de estrés crearán competencias para enfrentar situaciones. Sin embargo, la persona interpretará los estados de ansiedad como signo de vulnerabilidad e inclusive ineptitud (10).

De igual modo, las percepciones de autoeficacia positivas favorecen el desarrollo de actividades. Por el contrario, las percepciones de ineficacia limitan el desarrollo de las propias capacidades. Las personas con adecuadas percepciones de autoeficacia pueden emprender de forma realista tareas que le signifiquen un reto al contar con un grado de motivación necesario para llevarlas adelante (5).

Para finalizar, esta teoría analiza la manera de percibir y ejecutar el comportamiento “teniendo en cuenta los factores que determinan el cambio, como el conocimiento, habilidades, capacidades, creencias, actitudes y el apoyo social” (12). Durante la práctica de enfermería, su influencia busca fomentar que el cuidado hacia las personas mantenga una posición crítica y reflexiva en relación con la realidad social del paciente. De ese modo, su práctica diaria será un ejemplo visible de esta actitud. La investigación y aplicación de los modelos teóricos fortalecerán los cuidados propios de ese arte y ciencia de enfermería, con la finalidad de proporcionar un cuidado con calidad y sensibilidad humana, que aporte al crecimiento profesional y personal.

CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo de estudio y diseño de la investigación

El estudio es descriptivo y su alcance es correlacional con diseño transversal. Es descriptivo, porque midió, evaluó y/o recolectó datos de diferentes variables. Asimismo, es correlacional, debido a que buscó o estableció asociaciones entre dos o más variables. Finalmente, su diseño es transversal, ya que la recolección de datos se realizó en un solo momento (21).

3.2. Población y muestra

La población estuvo constituida por 220 profesionales de enfermería nombrados, CAS (contrato administrativo de servicios) y terceros, del Hospital San Juan de Lurigancho.

3.2.1. Tamaño de la muestra

La muestra estuvo conformada por 99 profesionales de enfermería del Hospital San Juan de Lurigancho. Como solo se encuestaron a quienes brindaron su consentimiento, se pudo lograr dicha cantidad. No obstante, fue posible calcular la potencia estadística para determinar si dicha muestra puede ser representativa, con lo cual se obtuvo un valor de 78%, cercano al 80% (22).

3.2.2. Selección del muestreo

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, porque no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quién realiza la muestra (21).

3.2.3. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

Entre los criterios de inclusión, se presentan los siguientes: (a) profesionales de enfermería de todos los servicios del hospital; (b) profesionales de enfermería que desearon participar del estudio; y (c) profesionales de enfermería que cumplieron correctamente el cuestionario de la encuesta.

Criterios de exclusión

Como criterio de exclusión, se considera a aquellos profesionales de enfermería que estuvieron de vacaciones y a los profesionales técnicos de enfermería.

3.3. Variables

3.3.1. Variable principal

Percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería

3.3.2. Variables secundarias

Factores personales

Entre los factores personales, se consideran los siguientes: (a) edad, (b) sexo, (c) estado civil, y (d) número de hijos.

Factores culturales

Entre los factores culturales, se figuran dos: (a) lugar de procedencia y (b) religión.

Factores académicos

Entre los factores académicos, se encuentran los listados a continuación: (a) grado académico, (b) docencia en enfermería, (c) diplomado en enfermería, (d) especialidad en enfermería, (e) capacitación en cuidado humanizado, y (f) ejercicio profesional.

Factores laborales

Entre los factores laborales, se precisan los siguientes: (a) condición laboral, (b) antigüedad laboral, (c) tiempo que lleva en el servicio, (d) servicio o área en la que trabaja, (e) número de pacientes promedio que atiende, (f) sistema de turnos, y (g) tiene otro trabajo fuera del hospital.

Factores de carga de trabajo

Entre los factores de carga de trabajo, se distinguen los siguientes: (a) horas extras en el trabajo, (b) labores domésticas, (c) cuidado de los hijos, (d) atención a familiares de edad avanzada y enfermos, y (e) colaboración con organizaciones de voluntariado o sindicatos.

Factores de diseño del entorno de trabajo

Entre los factores de diseño del entorno de trabajo, se muestran los siguientes: (a) características físicas de la zona de trabajo, (b) características ambientales de la zona de trabajo, y (c) características urbanísticas y recreo exterior.

3.4. Definición conceptual y operacionalización de variables

3.4.1. Definición conceptual

Percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería

La autoeficacia percibida se define como aquellos conceptos que el profesional de enfermería tiene sobre sus capacidades para brindar cuidados. Estos conceptos forman su base para organizarse y ejecutar “sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado” hacia el cuidado humanizado (2, 5, 10). Además, ha de ser “un mecanismo predictivo de la conducta futura”, que influye sobre la misma (9); es decir, hace que los(as) enfermeros(as) sean productores de su propio comportamiento (14).

Cuidado humanizado

Se refiere a la existencia de una buena comunicación entre el cuidador y la persona cuidada. Esta comunicación evidencia la capacidad que tiene la enfermera para reconocer las necesidades, sentimientos, emociones y dificultades propias. En consecuencia, se requerirá la formación de profesionales con responsabilidad, vocación y sensibilización, así como con actitudes que generen confianza, seguridad y apoyo emocional, sumado a los conocimientos y competencias. De ese modo, serán profesionales únicos, capaces de proporcionar cuidados con significancia a la persona sana, enferma, familia y comunidad (2, 4, 15).

Factores personales

Se refiere a las características relacionadas con la persona. Se tiene en cuenta la condición biológica y social (23). En este estudio, se presentaron como factores personales los siguientes: (a) sexo, (b) edad, (c) estado civil y (d) número de hijos.

Factores culturales

Se refiere a aspectos del profesional de enfermería tales como sus creencias, valores e idioma. Para este estudio, se consideró el lugar de procedencia y la religión (24).

Factores académicos

Están constituidos por las características del nivel de aprendizaje que logró o alcanzó el profesional de enfermería. En este apartado, figuran los siguientes: (a) grado académico, (b) docencia en enfermería, (c) diplomado en enfermería, (d) especialidad en enfermería y (e) ejercicio profesional (25).

Factores laborales

Se refiere a las condiciones que se darán entre el profesional de enfermería y la institución a la que pertenece o brinda sus servicios (15). Dentro de las descritas en este estudio, se encuentran las siguientes: (a) condición laboral, (b) antigüedad laboral, (c) tiempo que lleva en el servicio, (d) servicio o área en la que trabaja, (e) número de pacientes promedio que atiende, (f) sistema de turnos y (g) tiene otro trabajo fuera del hospital. Además, se encuentran los factores de carga de trabajo, que conciernen a actividades que el profesional de enfermería realiza fuera de su horario laboral.

Factores de diseño del entorno

Se define como aquellas condiciones físicas del medio y/o entorno laboral donde se desempeña el profesional de enfermería. Estas condiciones se pueden ver objetivamente y pueden ser valoradas y modificadas a través de cambios o disposiciones en el diseño de interiores, arquitectónico y medidas urbanísticas (26). Entre estos, se distinguen tres que a continuación se presentan:

Características físicas de la zona de trabajo

La zona de trabajo inmediata se extiende desde el núcleo, que es la mesa o puesto del profesional de enfermería, hasta el recinto físico o los límites imaginarios que rodean su espacio de trabajo (26).

Características ambientales de la zona de trabajo

Son las condiciones ambientales exteriores del entorno, cuyo origen se encuentra fuera de la zona de trabajo inmediata del profesional (26).

Características urbanísticas y de recreo exterior

Son las condiciones ambientales exteriores, contiguas al edificio o establecimiento de trabajo del profesional que pueden tener consecuencias para la salud (26).

3.4.2. Definición operacional

Percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería

Es una variable cualitativa ordinal. Presenta un total de 30 preguntas con las siguientes opciones de respuesta: (a) totalmente en desacuerdo, (b) moderadamente en desacuerdo, (c) ligeramente en desacuerdo, (d) ligeramente de acuerdo, (e) moderadamente de acuerdo, y (f) totalmente de acuerdo. Posee tres categorías e indicadores: (a) mala, que va de -75 a -10 puntos; (b) regular, que varía de -9 a +22 puntos; y (c) buena, que oscila de +23 a +66 puntos.

Factores

Se presenta un total de 23 preguntas. Estos factores se encuentran divididos en los siguientes: (a) factores personales, (b) factores culturales, (c) factores académicos, (d) factores laborales, (e) carga de trabajo y (f) factores de diseño del entorno de trabajo.

Factores personales

- Edad: Es una variable cuantitativa discreta.
- Sexo: Es una variable cualitativa nominal dicotómica (masculino o femenino).
- Estado civil: Es una variable cualitativa nominal politómica (soltero, casado, viudo, divorciado o conviviente).
- Número de hijos: Es una variable cuantitativa discreta.

Factores culturales

- Lugar de procedencia: Es una variable cualitativa nominal.
- Religión: Es una variable cualitativa nominal.

Factores académicos

- Grado académico: Es una variable cualitativa ordinal politómica.
- Docencia en enfermería: Es una variable cualitativa nominal dicotómica (sí o no).
- Diplomado en enfermería: Es una variable cualitativa nominal dicotómica (sí o no).
- Especialidad en enfermería: Es una variable cualitativa nominal dicotómica (sí o no).
- Capacitación en cuidado humanizado: Es una variable cualitativa nominal dicotómica: (sí o no).
- Ejercicio profesional: Es una variable cuantitativa discreta.

Factores laborales

- Condición laboral: Es una variable cualitativa nominal politómica.
- Antigüedad laboral: Es una variable cuantitativa discreta.
- Tiempo que lleva en el servicio: Es una variable cuantitativa discreta.
- Servicio o área en la que trabaja: Es una variable cualitativa nominal.
- Número de pacientes promedio que atiende: Es una variable cuantitativa discreta.
- Sistema de turnos: Es una variable cualitativa nominal.
- Tiene otro trabajo fuera del hospital: Es una variable cualitativa nominal dicotómica (sí o no).

Factores de carga de trabajo

- Horas extras en el trabajo: Son una variable cualitativa nominal dicotómica (sí o no).
- Labores domésticas: Son una variable cualitativa nominal dicotómica (sí o no).
- Cuidado de los hijos: Es una variable cualitativa nominal dicotómica (sí o no).
- Atención a familiares de edad avanzada y enfermos: Es una variable cualitativa nominal dicotómica (sí o no).
- Colaboración con organizaciones de voluntariado o sindicatos: Es variable cualitativa nominal dicotómica (sí o no).

Factores de diseño del entorno de trabajo

- Características físicas de la zona de trabajo: Son una variable cualitativa nominal dicotómica (sí o no).
- Características ambientales de la zona de trabajo: Son una variable cualitativa nominal dicotómica (sí o no).
- Características urbanísticas y recreo exterior: Son una variable cualitativa nominal dicotómica (sí o no).

3.5. Plan de recolección de datos e instrumentos

3.5.1. Plan de recolección de datos

Para proceder con la realización del presente informe de tesis, se envió el proyecto al Departamento de Investigación de la Facultad de Ciencias de Salud de la Universidad Católica Sedes Sapientiae (UCSS), con la finalidad de que sea registrado y evaluado. Posteriormente, este fue derivado al Comité de Ética para que se obtenga la aprobación correspondiente.

Cuando se obtuvo la aprobación del Comité de Ética, se hicieron las coordinaciones necesarias con el director del hospital con el fin de obtener el permiso respectivo para la aplicación de la encuesta y/o cuestionario. Se coordinó con la jefa del Departamento de Enfermería del Hospital San Juan de Lurigancho los horarios y días para la aplicación del instrumento. A su vez, se informó a todas las coordinadoras de los respectivos servicios del hospital la programación de la fecha y hora para que los profesionales de enfermería resuelvan las encuestas y/o cuestionarios. La recolección de datos se realizó entre enero y marzo del año 2020. Finalmente, se explicó a cada profesional en qué consistía y el porqué de la investigación, y se les hizo la entrega del consentimiento informado, la ficha de datos y el cuestionario.

Tras la recolección de información, se llevó cabo la supervisión y el control de calidad de la información obtenida. Para ello, se vaciaron los datos al programa Excel, con el fin de analizarlos con el programa Stata 13.

3.5.2. Instrumentos

En el presente estudio de investigación, se utilizó el instrumento validado Caring Efficacy Scale (CES) para la medición del cuidado humano transpersonal, basado en la teoría de Jean Watson.

Escala de autoeficacia percibida (CES)

Fue desarrollada por Carolie Coates para medir y evaluar programas de formación de enfermeras en la Universidad de Colorado, Estados Unidos, en 1992 (4). El objetivo era evaluar la percepción de autoeficacia que tiene la enfermera(o) para otorgar cuidados y relacionarse con sus pacientes como resultado de la aplicación del programa curricular basado en la teoría de autoeficacia, de Bandura, y en la teoría transpersonal del cuidado humano, de Watson. Así, se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.88 (9).

En un estudio en el que participaron 30 enfermeras chilenas para la validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal, basadas en la teoría de Jean Watson, se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.76 (4).

En otro estudio realizado en Argentina, que analiza la autoeficacia para brindar cuidados humanizados por parte de enfermería, se utilizó como instrumento el Caring Efficacy Scale (CES), validado por Poblete Troncoso, para la recolección de la información. Este instrumento fue constituido bajo la teoría del cuidado humano, de Jean Watson, e integrado por 30 ítems. Así, se obtuvo un valor alfa de Cronbach de 0,91 (buena fiabilidad). De igual modo, contó con escalas conformadas por seis adjetivos, entre fuertemente de acuerdo (6 puntos) hasta fuertemente en desacuerdo (1 punto) (5).

Este instrumento incorporó los 10 factores de la teoría de cuidado, de Watson. Se requirió un tiempo aproximado de 15 minutos para responder a cada escala (4). Su importancia radica en que asocia las dos teorías en el instrumento para poder determinar la capacidad de percepción del profesional de enfermería en expresar sus cuidados humanos con base en la teoría de Jean Watson (9). En ese sentido, evalúa la autoeficacia percibida de las enfermeras para transmitir el cuidado.

Esta escala es una adaptación de su primera versión en 1980. Doce años después, en 1992, quedó constituida por 30 ítems o afirmaciones sobre la percepción de dar cuidados humanizados. Fue establecida en formato Likert, con puntuaciones de -3 a +3, balanceados en ítems positivos y negativos (9).

3.6. Plan de análisis e interpretación de la información

Para el plan de análisis, se creó una base de datos con el programa Excel, la cual fue analizada con el programa estadístico Stata versión 13.

3.6.1. Análisis descriptivo

En cuanto al análisis descriptivo, se calcularon promedios y la desviación estándar para las siguientes variables cuantitativas: (a) edad, (b) número de hijos, (c) ejercicio profesional, (d) antigüedad laboral, (e) tiempo que lleva en el servicio, (f) número de pacientes promedio que atiende. De igual modo, se emplearon frecuencias y

porcentajes para las siguientes variables cualitativas: (a) sexo, (b) estado civil, (c) lugar de procedencia, (d) religión, (e) grado académico, (f) docencia en enfermería, (g) diplomado en enfermería, (h) especialidad en enfermería, (i) capacitación en cuidado humanizado, (j) condición laboral, (k) servicio o área en la que trabaja, (l) sistema de turnos, (m) tiene otro trabajo fuera del hospital, (n) carga de trabajo, (o) características físicas de la zona de trabajo, (p) características ambientales de la zona de trabajo, y (q) características urbanísticas y recreo exterior.

3.6.2. Análisis inferencial

Para asociar una variable cualitativa con otra cualitativa, se utilizó la prueba Chi-cuadrado; en tanto que para asociar una variable cualitativa con una variable cuantitativa, se empleó la prueba de Kruskal Wallis. De igual modo, se tomó en consideración la normalidad de la variable a través de la prueba estadística Kolmogorov-Smirnov, con una significancia estadística menor o igual a 0,05.

3.7. Ventajas y limitaciones

3.7.1. Ventajas

Este estudio tuvo como ventaja que es relativamente económico, además de que el logro de resultados demandó poco tiempo. De igual modo, tiene como fortaleza el hecho de que explora posibles asociaciones, las cuales posteriormente pueden estudiarse con mayor rigor a través de un diseño de estudio distinto; por ejemplo, un estudio de cohorte o controlado aleatorizado. Finalmente, sirvió para planear y evaluar intervenciones de salud pública, así como para identificar la frecuencia de factores de riesgo (21).

3.7.2. Limitaciones

Entre las limitaciones que se presentaron, se observó la reducida muestra con la que se realizó el estudio, debido a que participaron todos los profesionales voluntariamente. Asimismo, se evidenció la imposibilidad de hacer inferencias de causalidad y aportar datos obtenidos en un solo momento. Esto quiere decir que los resultados pueden variar si son tomados en otro momento a causa del “sesgo de memoria”, ya que los datos no son recordados con seguridad (21).

3.8. Aspectos éticos

Se tomó en consideración la aprobación por parte del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UCSS. La participación en el estudio no comportó riesgos a la salud de los encuestados, puesto que se trató de un estudio no experimental, de diseño transversal y alcance correlacional. El cuestionario fue aplicado a los profesionales de enfermería del hospital público, con el fin de obtener información referente a los factores relacionados con la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado. A continuación, se presentan los principios y criterios de buena praxis que fueron utilizados por la investigadora:

3.8.1. Respeto de la confidencialidad y política de protección de datos

Para garantizar el respeto de la confidencialidad y política de protección de datos, se llevó a cabo lo siguiente: (a) la aplicación de los cuestionarios fue de manera anónima; (b) explicación a los participantes acerca de la finalidad y uso que se dará a la información que resulte de su participación; (c) los datos de los participantes serán accesibles solo para los investigadores, Yonathan Ortiz Montalvo (asesor) y Belisa Sandy Castro Trujillo (tesista); y (d) los datos generados a partir de la fase de obtención de la información y el libro de variables (codebook) fueron, a su vez, guardados en la computadora del director científico utilizando una contraseña personal.

3.8.2. Respeto de la privacidad

Con relación al respecto de la privacidad, se tomó en consideración lo siguiente: (a) el respeto del derecho de los sujetos que participaron en el estudio a elegir el tiempo, las circunstancias y la cantidad de información que deseen compartir con los investigadores, y (b) el respeto del derecho de los sujetos que participaron en el estudio a no dar información que no deseen compartir.

3.8.3. No discriminación y libre participación

Con relación a la no discriminación y libre participación, se propuso lo siguiente: (a) no existieron formas de discriminación en el grupo de profesionales de enfermería que participen al estudio en cuanto a sexo, grupo étnico o por condición social, en sintonía con los criterios de exclusión e inclusión al estudio; y (b) no existieron formas de inducción coercitiva de participación al estudio.

3.8.4. Consentimiento informado de la participación en la investigación

Con referencia al consentimiento informado, se consideró lo siguiente: (a) se ofreció información relevante a los profesionales de enfermería sobre la finalidad y las características del proyecto de investigación para solicitar el consentimiento informado para la participación en el estudio; (b) se ofreció información clara y precisa a los profesionales de enfermería sobre los riesgos y beneficios relativos a la participación en el estudio; (c) se garantizó la obtención del consentimiento informado de los sujetos antes de participar en el estudio; y (d) se informó a los futuros encuestados de la posibilidad de abandonar el estudio y de la ausencia de consecuencias derivadas de esta decisión.

3.8.5. Respeto por la calidad de la investigación, autoría y uso de los resultados

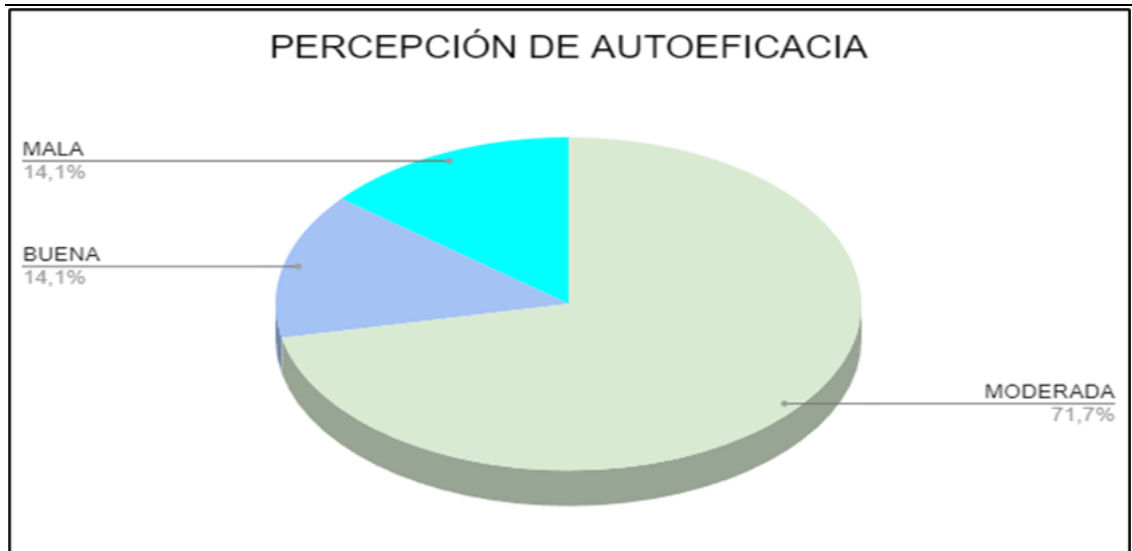
Acerca del respeto por la calidad de la investigación, autoría y uso de los resultados, se observó lo siguiente: (a) promoción del valor científico de la investigación que representa la importancia empírica y social del estudio; (b) búsqueda de la validez científica del estudio, representada por la creación de un marco teórico suficiente que se sustente en una documentación científica válida y actualizada, el uso coherente del método de investigación con el problema sobre el que se desea dar respuesta, la

selección adecuada de la muestra de los sujetos que fueron involucrados, una codificación y análisis de los datos que garanticen elevados estándares de calidad y una interpretación crítica de los mismos, y el uso de un lenguaje adecuado en la comunicación de los resultados de la investigación; (c) la disponibilidad para la autoridad competente del material físico y de la base de datos elaborada para la revisión del proceso de recolección de información; (d) el reconocimiento a los investigadores del equipo de trabajo del derecho de autoría de los productos del estudio con respeto a las normas nacionales e internacionales que regulan el tema y la filiación institucional; (e) la prohibición de la comercialización, negociación y la divulgación indiscriminada del contenido parcial o total del proyecto y de los potenciales resultados futuros por parte del equipo de investigación o de terceros ajenos al mismo; y (f) la declaración de la ausencia de conflicto de intereses en la realización del estudio.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

En la Figura 4.1, se muestra que la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado es moderada en un 71,72%, buena en un 14,14% y mala en un 14,14%.

Figura 4.1. Nivel de percepción de autoeficacia



En la Tabla 4.1, se presentan las características descriptivas de la muestra. En los factores personales, se observa que la media de edad fue de 35,67 años y el sexo femenino fue el más representativo con un 81,82%. En el estado civil, se evidencia que el 40,40% es soltero y el número de hijos tiene una media de 0,92. En los factores culturales, se muestra que el 64,65% procede de Lima y la religión más representativa es la católica, con un 79,8%. En los factores académicos, se muestra que el 80,81% de enfermeros tiene especialidad; el 23,23%, maestría en docencia en Enfermería; y el 67,68%, capacitaciones en cuidado humanizado. En los factores laborales, se presenta que el 44,44% es nombrado y la antigüedad laboral tiene una media de 80,01 meses. Con respecto a los servicios o área en la que labora, el 32,32% corresponde a Emergencia y el 26,26% a hospitalización, con una media de 25,36 pacientes atendidos en cada turno. En los factores de carga de trabajo, se ostenta que el 29,29% realiza horas extras, el 81,82% efectúa labores domésticas y el 28,28% atiende a familiares enfermos y/o de edad avanzada. En los factores de diseño del entorno, en cuanto a características físicas, el 37,37% utiliza mobiliario y equipo ajustable (ergonómico); en cuanto a características ambientales, el 81,82% cuenta con ventilación natural o mecánica y el 43,43% posee sistemas de ventilación con aire enfriado; y en cuanto a características urbanísticas y recreo exterior, el 81,82% afirma que existe violencia en la zona.

Tabla 4.1. Características descriptivas de la muestra (1 de 6)

Características Descriptivas			
		Frecuencia	Porcentaje
Factores Personales			
Edad en años*		35,67±7,40	
Sexo			
	Masculino	18	18,18
	Femenino	81	81,82
Estado civil			
	Soltero	40	40,40
	Casado	38	38,38
	Conviviente	21	21,21
Número de hijos*		0,92±0,98	
Factores Culturales			
Lugar de procedencia			
	Lima	64	64,65
	Provincia	35	35,35
Religión			
	Católico	79	79,8
	Evangélico	9	9,09
	Adventista	7	7,07
	Otro	4	4,04
Factores Académicos			
Grado académico			
	Licenciado	20	20,20
	Especialista	71	71,72
	Magíster	8	8,08
Docencia en enfermería			
	Sí	23	23,23
	No	76	76,77

*DE: Desviación estándar

Tabla 4.1. Características descriptivas de la muestra (2 de 6)

Características Descriptivas			
		Frecuencia	Porcentaje
Factores Académicos			
Diplomado en enfermería			
	Sí	55	55,56
	No	44	44,44
Especialidad en enfermería			
	Sí	80	80,81
	No	19	19,19
Capacitaciones en cuidado humanizado			
	Sí	67	67,68
	No	32	32,32
Ejercicio profesional en meses*		94,73±64,50	
Factores Laborales			
Condición laboral			
	Nombramiento	44	44,44
	CAS	18	18,18
	Terceros	37	37,37
Antigüedad laboral en meses*		80,01±68,65	
Tiempo de servicio en meses*		54,32±50	
Servicio o área que labora			
	Consultorio externo	8	8,08
	Emergencia	32	32,32
	Estrategia	5	5,05
	Hospitalización	26	26,26
	Neonatología	12	12,12
	SOP	9	9,09

*DE: Desviación estándar

Tabla 4.1. Características descriptivas de la muestra (3 de 6)

Características Descriptivas		
	Frecuencia	Porcentaje
Factores Laborales		
Servicio o área en que labora		
Supervisión	2	2,02
UCI	5	5,05
Número de pacientes*	25,36±34,77	
Sistema de turnos		
Matutino	9	9,09
Vespertino	3	3,03
Mixto	87	87,88
Otro trabajo fuera del hospital		
Sí	48	48,48
No	51	51,52
Factores de carga de trabajo		
Horas extras en el trabajo		
Sí	29	29,29
No	70	70,71
Labores domésticas		
Sí	81	81,82
No	18	18,18
Cuidado de los hijos		
Sí	52	52,53
No	47	47,47
Atención a familiares de edad avanzada y enfermos		
Sí	28	28,28
No	71	71,72

*DE: Desviación estándar

Tabla 4.1. Características descriptivas de la muestra (4 de 6)

Características Descriptivas			
		Frecuencia	Porcentaje
Factores de carga de trabajo			
Colaboración con organizaciones de voluntariado o sindicatos			
	Sí	27	27,27
	No	72	72,73
Factores de diseño del entorno de Trabajo (Características físicas de la zona de trabajo)			
Existencia de ventanas en su zona de trabajo			
	Sí	88	88,89
	No	11	11,11
Existencia de elementos naturales de interiores			
	Sí	22	22,22
	No	72	77,78
Control y/o manejo del nivel acústico			
	Sí	61	61,62
	No	38	38,38
Utilización de mobiliario y equipo ajustable			
	Sí	37	37,37
	No	62	62,63

Tabla 4.1. Características descriptivas de la muestra (5 de 6)

Características Descriptivas		
	Frecuencia	Porcentaje
Factores de diseño del entorno de Trabajo (Características ambientales de la zona de trabajo)		
Existencia de ambientes que permiten intimidad para la conversación y el control del ruido		
Sí	39	39,39
No	60	60,61
Existencia de niveles confortables de densidad social		
Sí	40	40,40
No	59	59,60
Existencia de símbolos de la identidad de la institución y de los equipos		
Sí	78	78,79
No	21	21,21
Existencia de iluminación natural, indirecta y enfocada a la zona de trabajo		
Sí	73	73,74
No	26	26,26
Existencia de ventilación natural o mecánica		
Sí	81	81,82
No	18	18,18
Existencia de sistemas de ventilación con aire enfriado		
Sí	43	43,43
No	56	56,57

Tabla 4.1. Características descriptivas de la muestra (6 de 6)

Características Descriptivas			
		Frecuencia	Porcentaje
Factores de diseño del entorno de Trabajo			
(Características urbanísticas y recreo exterior)			
Existencia de zonas de recreo próximas a la institución			
	Sí	26	26,26
	No	73	73,74
Acceso a aparcamiento y/o tránsito público			
	Sí	77	77,78
	No	22	22,22
Existencia de proximidad a restaurantes y comercios			
	Sí	86	86,87
	No	13	13,13
Buena calidad del aire en la zona			
	Sí	37	37,37
	No	62	62,63
Existencia de violencia en la zona			
	Sí	81	81,82
	No	18	18,18

En la Tabla 4.2, se observa la relación entre la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado y los factores de la muestra. En primer lugar, existe relación entre la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado y las(os) enfermeras(os) que tienen capacitaciones en cuidado humanizado ($p=0,04$). En segundo lugar, la relación entre el ejercicio profesional y la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado es $p=0,01$. En tercer lugar, las enfermeras que tuvieron un nivel de percepción malo son aquellas que llevan más tiempo (63,95%), a diferencia de aquellas que tienen menos tiempo (50,59%). En cuarto lugar, la relación entre la condición laboral y la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado es $p=0,05$. En quinto lugar, se muestra una percepción moderada (77,78%) en las(os) enfermeras(o) que tienen condición laboral CAS frente a nombrados (77,27%) y terceros (62,16%). Finalmente, se evidencia la relación entre la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado y la no existencia de niveles confortables de densidad social ($p=0,04$).

Tabla 4.2. Relación entre la percepción de autoeficacia y factores de la muestra (1 de 12)

		Percepción de Autoeficacia			P-value
		Malo n (%)	Moderado n (%)	Bueno n (%)	
Factores Personales					
Sexo					0,43
	Masculino	1 (5,56)	15 (83,33)	2 (11,11)	
	Femenino	13 (16,05)	56 (69,14)	12 (14,81)	
Estado civil					0,28
	Soltero	6 (15,00)	25 (62,50)	9 (22,50)	
	Casado	6 (15,79)	28 (73,68)	4 (10,53)	
	Conviviente	2 (9,52)	18 (85,71)	1 (4,76)	
Número de hijos		0,85±1,23	0,89±0,89	1,14±1,17	0,68
Factores Culturales					
Lugar de procedencia					0,18
	Lima	6 (9,38)	48 (75,00)	10 (15,63)	
	Provincia	8 (22,86)	23 (65,71)	4 (11,43)	
Religión					0,85
	Católico	12 (15,19)	56 (70,89)	11 (13,92)	
	Evangélico	1 (11,11)	6 (66,67)	2 (22,22)	
	Adventista	1 (14,29)	6 (85,71)	0 (0,00)	
	Otro	0 (0,00)	3 (75,00)	1 (25,00)	

Tabla 4.2. Relación entre la percepción de autoeficacia y factores de la muestra (2 de 12)

		Percepción de autoeficacia			P-value
		Malo n (%)	Moderado n (%)	Bueno n (%)	
Factores Académicos					
Grado académico					0,90
	Licenciado	2 (10,00)	15 (75,00)	3 (15,00)	
	Especialista	10 (14,08)	51 (71,83)	10 (14,08)	
	Magíster	2 (25,00)	5 (62,50)	1 (12,50)	
Docencia en enfermería					0,39
	Sí	5 (21,74)	16 (69,57)	2 (8,70)	
	No	9 (11,84)	55 (72,37)	12 (15,79)	
Diplomado en enfermería					0,55
	Sí	9 (16,36)	37 (67,27)	9 (16,36)	
	No	5 (11,36)	34 (77,27)	5 (11,36)	
Especialidad en enfermería					0,58
	Sí	11 (13,75)	59 (73,75)	10 (12,50)	
	No	3 (15,79)	12 (63,16)	4 (21,05)	

Tabla 4.2. *Relación entre la percepción de autoeficacia y factores de la muestra (3 de 12)*

		Percepción de Autoeficacia			P-value
		Malo	Moderado	Bueno	
		n (%)	n (%)	n (%)	
Factores Académicos					
Capacitaciones en cuidado humanizado					0,04
	Sí	13 (19,40)	43 (64,18)	11 (16,42)	
	No	1 (3,13)	28 (87,50)	3 (9,38)	
Ejercicio profesional en meses		106,29 (63,95)	99,58 (65,41)	58,57 (50,59)	0,01
Factores Laborales					
Condición laboral					0,05
	Nombramiento	6 (13,64)	34 (77,27)	4 (9,09)	
	CAS	4 (22,22)	14 (77,78)	0 (0,00)	
	Terceros	4 (10,81)	23 (62,16)	10 (27,03)	
Antigüedad laboral en meses		89,86 (72,04)	83,72 (69,91)	51,36 (54,42)	0,19
Tiempo de servicio en meses		57,79 (53,99)	56,08 (50,31)	41,93 (45,86)	0,48

Tabla 4.2. Relación entre la percepción de autoeficacia y factores de la muestra (4 de 12)

	Percepción de Autoeficacia			P-value
	Malo n (%)	Moderado n (%)	Bueno n (%)	
Factores Laborales				
Servicio o área que labora				0,73
Consultorio externo	2 (25,00)	6 (75,00)	0 (0,00)	
Emergencia	5 (15,63)	22 (68,75)	5 (15,63)	
Estrategia	1 (20,00)	4 (80,00)	0 (0,00)	
Hospitalización	6 (15,38)	16 (61,54)	6 (23,08)	
Neonatología	1 (8,33)	8 (66,67)	3 (25,00)	
SOP	1 (11,11)	8 (88,89)	0 (0,00)	
Supervisión	0 (0,00)	2 (100,00)	0 (0,00)	
UCI	0 (0,00)	5 (100,00)	0 (0,00)	
Número de pacientes	27,29 (28,08)	25,06 (38,49)	23,14 (17,06)	0,13
Sistema de turnos				
Matutino	1 (11,11)	5 (55,56)	3 (33,33)	
Vespertino	1 (33,33)	2 (66,67)	0 (0,00)	
Mixto	12 (13,79)	64 (73,56)	11 (12,64)	

Tabla 4.2. Relación entre la percepción de autoeficacia y factores de la muestra (5 de 12)

		Percepción de Autoeficacia			P-value
		Malo	Moderado	Bueno	
		n (%)	n (%)	n (%)	
Factores Laborales					
Tiene otro trabajo fuera del hospital.					0,11
	Sí	10 (20,83)	30 (62,50)	8 (16,67)	
	No	4 (7,84)	41 (80,39)	6 (11,76)	
Factores de carga de trabajo					
Horas extras en el trabajo					0,85
	Sí	4 (13,79)	20 (68,97)	5 (17,24)	
	No	10 (14,29)	51 (72,86)	9 (12,86)	
Labores domésticas					0,54
	Sí	12 (14,81)	59 (72,84)	10 (12,35)	
	No	2 (11,11)	12 (66,67)	4 (22,22)	
Cuidado de los hijos					0,24
	Sí	5 (9,62)	41 (78,85)	6 (11,54)	
	No	9 (19,15)	30 (63,83)	8 (17,02)	

Tabla 4.2. *Relación entre la percepción de autoeficacia y factores de la muestra (6 de 12)*

		Percepción de Autoeficacia			P-value
		Malo n (%)	Moderado n (%)	Bueno n (%)	
Factores de carga de trabajo					
Atención a familiares de edad avanzada y enfermos					0,45
	Sí	2 (7,14)	22 (78,57)	4 (14,29)	
	No	12 (16,90)	49 (69,01)	10 (14,08)	
Colaboración con organizaciones de voluntariado o sindicatos					0,06
	Sí	7 (25,93)	15 (55,56)	5 (18,52)	
	No	7 (9,72)	56 (77,78)	9 (12,50)	
Factores de diseño del entorno del Trabajo (Características físicas de la zona de trabajo)					
Existencia de ventanas en su zona de trabajo					0,36
	Sí	12 (13,64)	62 (70,45)	14 (15,91)	
	No	2 (18,18)	9 (81,82)	0 (0,00)	

Tabla 4.2. *Relación entre la percepción de autoeficacia y factores de la muestra (7 de 12)*

		Percepción de Autoeficacia			P-value
		Malo n (%)	Moderado n (%)	Bueno n (%)	
Factores de diseño del entorno del Trabajo (Características físicas de la zona de trabajo)					
Existencia de elementos naturales de interiores					0,42
	Sí	3 (3,64)	14 (63,64)	5 (22,73)	
	No	11 (14,29)	57 (74,03)	9 (11,69)	
Control y/o manejo del nivel acústico					0,67
	Sí	9 (14,75)	42 (68,85)	10 (16,39)	
	No	5 (13,16)	29 (76,32)	4 (10,53)	
Utilización de mobiliario y equipo ajustable					0,98
	Sí	5 (13,51)	27(72,97)	5 (13,51)	
	No	9 (14,52)	44 (70,97)	9 (14,52)	

Tabla 4.2. *Relación entre la percepción de autoeficacia y factores de la muestra (8 de 12)*

		Percepción de Autoeficacia			P-value
		Malo n (%)	Moderado n (%)	Bueno n (%)	
Factores de diseño del entorno del Trabajo (Características ambientales de la zona de trabajo)					
Existencia de ambientes que permiten intimidad para la conversación y control del ruido					0,34
	Sí	5 (12,82)	26 (66,67)	8 (20,51)	
	No	9 (15,00)	45 (75,00)	6 (10,00)	
Existencia de niveles confortables de densidad social					0,04
	Sí	5 (12,50)	25 (62,50)	10 (25,00)	
	No	9 (15,25)	46 (77,97)	4 (6,78)	

Tabla 4.2. Relación entre la percepción de autoeficacia y factores de la muestra (9 de 12)

		Percepción de Autoeficacia			P-value
		Malo n (%)	Moderado n (%)	Bueno n (%)	
Factores de diseño del entorno del Trabajo (Características ambientales de la zona de trabajo)					
Existencia de símbolos de la identidad de la institución y de los equipos					0,22
	Sí	10 (12,82)	59 (75,64)	9 (11,54)	
	No	4 (19,05)	12 (57,14)	5 (23,81)	
Existencia de iluminación natural, indirecta y enfocada a la zona de trabajo					0,64
	Sí	10 (13,70)	54 (73,97)	9 (12,33)	
	No	4 (15,38)	17 (65,38)	5 (19,23)	

Tabla 4.2. Relación entre la percepción de autoeficacia y factores de la muestra (10 de 12)

		Percepción de Autoeficacia			P-value
		Malo n (%)	Moderado n (%)	Bueno n (%)	
Factores de diseño del entorno del Trabajo (Características ambientales de la zona de trabajo)					
Existencia de ventilación natural o mecánica					0,89
	Sí	12 (14,81)	58 (71,60)	11 (13,58)	
	No	2 (11,11)	13 (72,22)	3 (16,67)	
Existencia de sistemas de ventilación con aire enfriado					0,53
	Sí	6 (13,95)	9 (67,44)	8 (18,60)	
	No	8 (14,29)	42 (75,00)	6 (10,71)	

Tabla 4.2. *Relación entre la percepción de autoeficacia y factores de la muestra (11 de 12)*

		Percepción de Autoeficacia			P-value
		Malo n (%)	Moderado n (%)	Bueno n (%)	
Factores de diseño del entorno del Trabajo (Características urbanísticas y recreo exterior)					
Existencia de zonas de recreo próximas a la institución					0,41
	Sí	5 (19,23)	16 (61,54)	5 (19,23)	
	No	9 (12,33)	55 (75,34)	9 (12,33)	
Acceso a aparcamiento y/o tránsito público					0,73
	Sí	12 (15,58)	54 (70,13)	11 (14,29)	
	No	2 (9,09)	17 (77,27)	3 (13,64)	
Existencia de proximidad a restaurantes y comercios					0,98
	Sí	12 (13,95)	62 (72,09)	12 (13,95)	
	No	2 (15,38)	9 (69,23)	2 (15,38)	

Tabla 4.2. *Relación entre la percepción de autoeficacia y factores de la muestra (12 de 12)*

		Percepción de Autoeficacia			P-value
		Malo n (%)	Moderado n (%)	Bueno n (%)	
Factores de diseño del entorno del Trabajo (Características urbanísticas y recreo exterior)					
Buena calidad del aire en la zona					0,06
	Sí	6 (16,22)	22 (59,46)	9 (24,32)	
	No	8 (12,90)	49 (79,03)	5 (8,06)	
Existencia de violencia en la zona					0,87
	Sí	11 (13,58)	58 (72,84)	11 (13,58)	
	No	3 (16,67)	12 (66,67)	3 (16,67)	

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

5.1. Discusión

En este estudio, el profesional de enfermería presentó una percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado moderada. Además, se evidenció una relación entre la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado con tener capacitaciones en cuidado humanizado, el ejercicio profesional, la condición laboral y la no existencia de niveles confortables de densidad social.

La percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado fue moderada. Un estudio mostró que el personal de enfermería percibe la autoeficacia del cuidado humanizado en un hospital público de la ciudad de Tacna en un nivel regular y/o moderado (6). Otro estudio demostró que la autoeficacia para brindar cuidados humanizados fue moderadamente positiva en una institución sanitaria privada en la ciudad de Buenos Aires (2, 5). Esto se podría deber a que los profesionales de enfermería no cuentan con adecuadas capacitaciones para el buen trato, lo cual los expone a situaciones que conlleven una mayor despersonalización (2).

De igual modo, tener capacitaciones en cuidado humanizado se relacionó con la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado. Un estudio mostró que, de un total de 37 profesionales de enfermería de los servicios de medicina interna y cirugía que participaron después de la implementación de un programa de capacitación, un gran porcentaje de los participantes logró un incremento (18). Otro estudio demostró que existe vinculación con la formación previa sobre el cuidado humanizado en estudiantes de Licenciatura en Enfermería (12). Esto se debe a que la formación continua permite que las(os) enfermeras(os) integren nuevas estrategias, les permita un pensamiento reflexivo y mantengan presentes los valores y principios en enfermería, así como la puesta en práctica de sus conocimientos en su desempeño profesional para lograr un adecuado entorno académico, familiar y social (2, 12, 19).

Asimismo, se evidenció una relación entre el ejercicio profesional y la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado. Un estudio semejante demostró que el personal de enfermería con más años de ejercicio profesional reportó una percepción de autoeficacia más elevada en aquellos con más de 5, 8 o 10 años de experiencia profesional (2, 5, 10, 27). Esto se podría deber a que, con el paso de los años, los profesionales de enfermería tienen mayor confianza y altos niveles de conocimiento, lo que hace que alcancen mejores resultados en sus cuidados (27).

Con respecto al tercer resultado, este estudio expuso que la condición laboral se relaciona con la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado. Otros estudios reportaron que aquellas(os) enfermeras(os) que tienen un contrato directo con el hospital alcanzan una mejor percepción de autoeficacia que aquellas que no son empleadas directamente y que firman contratos con un tercero. De igual modo, otro estudio señaló que en este se plasma que a mejor condición laboral, mejor nivel de habilidad del cuidado humanizado (16). Sin embargo, otro trabajo demostró que los profesionales enfermeros que tenían una situación laboral fija presentaban una menor percepción de autoeficacia en relación con los que estaban en situación de interinidad (10). Esto se debería a que el personal de enfermería tiene prioridad en las oportunidades de reeducación, desarrollo profesional y promoción laboral dentro del

hospital, sumado al menor riesgo de ser despedidos, lo que incide en la tranquilidad económica personal y familiar, y les permite una estabilidad laboral (10).

Por último, este estudio mostró la relación entre la no existencia de niveles confortables de densidad social y la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado. Un estudio mostró un resultado similar, las(os) enfermeras(os) presentan un afrontamiento menor (14, 16), y otro estudio en sentido opuesto, mostró que si el personal de enfermería tiene alto nivel de autoeficacia pueden percibir mejor su entorno en la práctica clínica, por lo tanto, una mejor percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado (17). Esto podría deberse a que aquellas(os) enfermeras(os) sí tienen una adecuada percepción de autoeficacia del entorno de trabajo frente a demandas laborales muy exigentes y potencialmente estresantes. Es decir, aprovechan las desventajas del entorno y encuentran soluciones adecuadas. Así, se promueve la adaptación y el desarrollo del trabajo del enfermero frente a la alta demanda de pacientes e, inclusive, a agresiones violentas (14, 28, 29).

5.2. Conclusiones

Las conclusiones que se desprenden de los resultados encontrados en este estudio son las siguientes:

- La hipótesis se cumplió parcialmente. El objetivo general se cumplió al determinar los factores que se relacionan significativamente con la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado. Aquellos factores que se relacionan con la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado fueron los factores académicos (capacitación en cuidado humanizado y ejercicio profesional), los factores laborales (condición laboral) y los factores de diseño del entorno de trabajo (niveles no confortables de densidad social).
- Se concluye que los profesionales de enfermería tienen una percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado moderada.
- El estudio concluye que, de los factores personales, el sexo femenino es el más representativo. Asimismo, el profesional de enfermería procede, en su mayoría, de Lima, en tanto que la religión más representativa fue la católica.
- Se concluye que, en los factores académicos, el grado académico fue poseer una segunda especialidad; mientras que un menor porcentaje realiza docencia en enfermería y más de la mitad de los profesionales de enfermería tienen capacitaciones en cuidado humanizado.
- Se concluye que, en los factores laborales, menos de la mitad de la muestra es nombrado. Asimismo, los profesionales con más representatividad son los del área de emergencia, seguidos por el área de hospitalización. La mayoría de profesionales de enfermería realiza turnos mixtos, en tanto que más de la mitad no tiene otro trabajo fuera del hospital.
- Se concluye que, entre los factores de carga de trabajo, la mayoría no realiza horas extras en el trabajo, el mayor porcentaje realiza labores domésticas, y solo la minoría realiza actividades de atención a familiares en edad avanzada.
- Por último, en los factores de diseño del entorno, la mayoría de profesionales sí presenta ventanas en su zona de trabajo; tiene un adecuado manejo del nivel acústico; cuentan con ambientes que permite una conversación con el paciente;

no presentan niveles confortables de densidad social; y sí cuentan con adecuada iluminación y símbolos de identidad hacia la institución hospitalaria.

5.3. Recomendaciones

Entre las principales recomendaciones del estudio, figuran las siguientes:

- Se recomienda establecer una capacitación continua en autoeficacia y cuidado humanizado para mejorar la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado en los profesionales de enfermería.
- Se recomienda implementar cursos relacionados con la autoeficacia respecto al cuidado humanizado en pregrado, y ser continuados durante el postgrado y la práctica clínica con estrategias como talleres de coaching laboral con la finalidad de conseguir un afrontamiento positivo.
- Se recomienda a las gestoras de salud el uso de la herramienta (CES) para evaluar y/o medir de manera eficiente la autoeficacia del profesional de enfermería en el ámbito público y privado con la finalidad de identificar las debilidades y/o fortalezas en la atención brindada al paciente, familia y su entorno.
- Se recomienda incentivar la continuidad de grados académicos en las instituciones de salud con la finalidad de poseer mayores conocimientos, que les permitan una mejor percepción de autoeficacia.
- Se recomienda la implementación de un plan efectivo para promover un entorno cómodo para los profesionales de enfermería durante su horario laboral.
- Para los investigadores, se recomienda para futuros estudios ampliar el tamaño de la muestra, así como realizar un análisis a nivel nacional y comparaciones entre hospitales públicos y privados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cruz C. La naturaleza del cuidado humanizado. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. 2020; 9(1): 21-32.
2. Canova-Barrios CJ, Figueira-Teuly J, Ayllon J, Miranda ML, Barraud MI. Percepción de autoeficacia para brindar cuidados humanizados por parte de estudiantes y personal de enfermería de Buenos Aires, Argentina. *Revista Chilena de Enfermería*. 2023; 5(1): 10-22.
3. Wilson ME, Beesley S, Grow A, Rubin E, Hopkins RO, Hajizadeh N, et al. Humanizing the intensive care unit. *Critical Care*. 2019; 23(32): 1-3.
4. Serrato DP. Cuidado humanizado desde la perspectiva del profesional de enfermería del hospital provincial docente Belén-Lambayeque-2017 [Tesis de licenciatura]. Pimentel: Universidad Señor de Sipán, 2019.
5. Mansilla MA, Canova-Barrios C. Autoeficacia para brindar cuidados humanizados por parte del personal de enfermería. *Gaceta Médica Boliviana*. 2024; 47(1): 20-26.
6. Quispe SR. Autoeficacia del cuidado humanizado en el contexto del COVID 19 en enfermeras del Hospital Hipólito Unanue de Tacna-2021 [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad César Vallejo, 2021.
7. Handiyani H, Kusumawati AS, Karmila R, Wagiono A, Silowati T, Lusiyana A, Widyana R. Nurses' self-efficacy in Indonesia. *Enfermería Clínica*. 2019; 29(2): 252-256.
8. Martin-Ferreres ML, Wennberg-Capellades L, Rodríguez E, Llauro-Serra M, De Juan Pardo MA. Challenges for hospital management in supporting nurses to deliver humanized care. *Nursing Inquiry*. 2021; 00: e12422.
9. Poblete MC, Valenzuela SV, Merino JM. Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la Teoría de Jean Watson. *Aquichan*. 2012; 12(1): 8-21.
10. Cano S. Evaluación de la autoeficacia percibida por el personal de enfermería de los Servicios de Urgencias hospitalarias de Valladolid [Trabajo de fin de grado]. Valladolid: Universidad de Valladolid, 2023.
11. Aviles CI, Galletta M, Melis P, Contu P, Watson J, Finco G, et al. Cultural adaptation and psychometric validation of the Caring Efficacy scale in a sample of Italian nurses. *PLOS One*. 2019; 14(5): 1-11.
12. Manzur KM, Robledo GP, Zarate K, Sánchez R, Fernández OG, Canova-Barrios C. Percepción de autoeficacia para brindar cuidados humanizados por parte de estudiantes de enfermería. 2024; 4(2): 40.

13. Rodríguez L. Cuidados enfermeros y humanización de la asistencia sanitaria/Nursing Care and Humanization of Health Care. *Revista Enfermería CyL*. 2019; 11(1): 155-171.
14. Jaime E, Ccoecca J. Autoeficacia y estrés laboral en profesionales de enfermería de una Microred de Salud [Tesis de licenciatura]. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes, 2021.
15. Chugnas B. Conocimientos sobre cuidado humanizado y condiciones laborales del profesional de enfermería, y el cuidado humanizado en pacientes del centro quirúrgico. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019 [Tesis de maestría]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca, 2021.
16. Chung KS, Salas JM. Nivel de estrés laboral y su relación con el desempeño profesional en enfermeros del Servicio de Emergencia-Hospital Regional Docente de Trujillo 2018 [Tesis de Licenciatura]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, 2018.
17. Cheng L, Cui Y, Chen Q, Ye Y, Liu Y, Zhang F et al. Paediatric nurses' general self-efficacy, perceived organizational support and perceived professional benefits from Class A tertiary hospitals in Jilin province of China: the mediating effect of nursing practice environment. *BMC Health Services Research*. 2020; 20(1): 1-9.
18. Hernández LE, Díaz A, Martínez JF, Hernández DG. Educación de enfermería en el cuidado humanizado. *Escola Anna Nery*. 2018; 22(1): 1-5.
19. Díaz M, Alcántara L, Aguilar D, Puertas E, Cano M. Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: una revisión integrativa de la literatura. *Enfermería Global*. 2020; 19(58): 640-672.
20. Gómez AY. Autoeficacia percibida y adherencia al CPAP (presión positiva continua en la vía aérea) en personas con apnea del sueño [Tesis de maestría]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2019.
21. Hernández R, Fernández C, Baptista L. Metodología de la investigación. 6 ed., México D.F: Mac Graw Hill/Interamericana Editores; 2014.
22. Ramos-Vera CA. Un método de cálculo de tamaño muestral de análisis de potencia a priori en modelos de ecuaciones estructurales. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*. 2021; 14(1): 104-105.
23. Manrique IA. Factores personales y su relación con el Rendimiento académico en estudiantes del VII y VIII ciclo de la Escuela de Psicología de una Universidad Privada de Lima, 2020 [Tesis de maestría]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener, 2021.
24. Álvarez R, Escobar ME, Rebolledo JP, Silva ER. Competencias culturales en salud percibidas por estudiantes de enfermería. *Ene*. 2023; 17(2): 2232.

25. Parra MA, Padilla RC. Factores socioeconómicos y rendimiento académico en estudiantes de enfermería. Revisión bibliográfica integrativa. Revista Eugenio Espejo. 2022; 16(3): 106-118.
26. Sauter SL, Murphy LR, Hurrell JJ, Levi L. Factores psicosociales. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, Suiza Ginebra. MAGER Jeanne, 2012.
27. Berhanu RD, Tesema AA, Deme MB, Kanfe SG. Perceived transcultural self-efficacy and its associated factors among nurses in Ethiopia: A cross-sectional study. PLOS One. 2021; 16(7): 54-64.
28. Córdova J. Clima organizacional, factores psicosociales y nivel de estrés laboral en enfermeras-Hospital Víctor Lazarte Echeagaray [Tesis de especialidad]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo, 2020.
29. Molero MDM, Pérez-Fuentes MDC, Gázquez JJ. Analysis of the Mediating Role of Self-Efficacy and Self-Esteem on the Effect of Workload on Burnout's Influence on Nurses' Plans to Work Longer. Front Psychol. 2018; 9(2605): 1-7.

ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de la variable percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería

Variable	Definición Conceptual	Categoría	Indicador	Tipo de Variable	Instrumento	Ítems
Percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería	La autoeficacia percibida se define como aquellos conceptos que el profesional de enfermería tiene sobre sus capacidades para brindar cuidados. Estos conceptos forman la base para organizar y ejecutar “sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado” hacia el cuidado humanizado (9) Además, ha de ser “un mecanismo predictivo de la conducta futura”, que influye sobre la misma (9); es decir, hace que los(as) enfermeros(as) sean productores de su propio comportamiento.	Bueno	+23 a +66 puntos	Cualitativa	Se utilizó el instrumento validado Caring Efficacy Scale (CES) para la medición del cuidado humano transpersonal, basado en la teoría de Jean Watson.	1-30
		Moderado	-9 a +22 puntos	Ordinal		
		Malo	-75 a -10 puntos			

Anexo 2. Operacionalización de la variable secundaria factores personales

Factores Personales	Categorías	Definición Operacional	Escala Nominal	Tipo de Variable
Sexo	Femenino	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer	Nominal	Cualitativa
	Masculino			
Edad		Edad en años cumplidos al momento de realizar la encuesta		Cuantitativa
Estado civil	Soltero	Categoría en relación la pareja al momento de la encuesta.	Nominal	Cualitativa
	Casado			
	Viudo			
	Divorciado			
	Conviviente			
Número de hijos		Cantidad de hijos del profesional de enfermería al momento de la encuesta.		Cuantitativa

Anexo 3. Operacionalización de variable secundaria factores culturales

Factores Culturales	Categorías	Definición Operacional	Escala Nominal	Tipo de Variable
Lugar de procedencia	Lima	Ámbito geográfico del cual proviene el profesional de enfermería	Nominal	Cualitativa
	Provincia			
Religión	Católico	Creencia o dogma con el que se siente identificado en el momento de la encuesta	Nominal	Cualitativa
	Evangélico		Cualitativa	
	Adventista			
	Otro			

Anexo 4. Operacionalización de variable secundaria factores académicos

Factores Académicos	Categorías	Definición Operacional	Escala Nominal	Tipo de Variable
Grado académico	Licenciado Especialista Magíster Doctorado	Grado académico más alto que alcanzó el profesional de enfermería	Ordinal	Cualitativa
Docencia en enfermería	Sí No	Grado académico en enfermería que tiene el enfermero(a) en el momento de la encuesta	Nominal	Cualitativa
Diplomado en enfermería	Sí No	Actualización y profundización de conocimientos del profesional de enfermería que posee en el momento de la encuesta	Nominal	Cualitativa
Especialidad en enfermería	Sí No	Especialización en una rama específica de enfermería del profesional al realizar la encuesta	Nominal	Cualitativa
Ejercicio profesional				Cuantitativa

Anexo 5. Operacionalización de variable secundaria factores laborales

Factores Laborales	Categorías	Definición Operacional	Escala Nominal	Tipo de Variable
Condición laboral	Nombrado CAS Terceros	Situación contractual en cuanto a las condiciones de trabajo en la que se encuentra el profesional de enfermería	Ordinal	Cualitativa
Antigüedad laboral		Tiempo que lleva desempeñando la profesión de enfermería		Cuantitativa
Tiempo que lleva en el servicio		Tiempo que lleva desempeñando la profesión en el servicio o área en el que se encuentra		Cuantitativa
Servicio o área en la que trabaja		Servicio o área en el que desempeña su función el profesional de enfermería al realizar la encuesta	Nominal	Cualitativa
Número de pacientes promedio que atiende		Cantidad de pacientes que atiende en un turno		Cuantitativa
Sistema de turnos	Matutino Vespertino Mixto	Horario de trabajo que cumple el profesional al momento de realizar la encuesta	Nominal	Cualitativa
Tiene otro trabajo fuera del hospital.	Sí No	Situación de pluriempleado en el momento de realizar la encuesta		Cualitativa

Anexo 6. Operacionalización de variable secundaria factores de carga de trabajo

Factores de carga de trabajo	Categorías	Definición Operacional	Escala Nominal	Tipo de Variable
Horas extras en el trabajo	Sí/No	Actividades que realiza el profesional de enfermería fuera de su horario de trabajo	Nominal	Cualitativa
Labores domésticas.	Sí/No			
Cuidado de los hijos	Sí/No			
Atención a familiares de edad avanzada y enfermos	Sí/No			
Colaboración con organizaciones de voluntariado o sindicatos	Sí/No			

Anexo 7. Operacionalización de variable secundaria factores de diseño del entorno de trabajo (1 de 3)

Factores de diseño del entorno de Trabajo	Categorías	Definición Operacional	Escala Nominal	Tipo de Variable
(Características físicas de la zona de trabajo)				
Existen ventanas en su zona de trabajo.	Sí/No	La zona de trabajo inmediata se extiende desde el	Nominal	Cualitativa
Existen elementos naturales en interiores: plantas con macetas y/o decoración personalizada.	Sí/No	núcleo, que es la mesa o puesto del profesional de enfermería, hasta el recinto físico o límites imaginarios que rodean su espacio de trabajo.	Nominal	Cualitativa
Tiene control y/o manejo localizado del nivel acústico (ruido), iluminación y ventilación.	Sí/No	que rodean su espacio de trabajo.	Nominal	Cualitativa
Utiliza mobiliario y equipo ajustable y adecuado desde el punto de vista ergonómico.	Sí/No	que rodean su espacio de trabajo.	Nominal	Cualitativa
Existen ventanas en su zona de trabajo.	Sí/No	que rodean su espacio de trabajo.	Nominal	Cualitativa

Anexo 7. Operacionalización de variable secundaria factores de diseño del entorno de trabajo (2 de 3)

Factores de diseño del entorno de Trabajo	Categorías	Definición Operacional	Escala Nominal	Tipo de Variable
(Características ambientales de la zona de trabajo)				
Existen ambientes que permiten intimidad para la conversación y control del ruido.	Sí/No	Las condiciones ambientales del entorno tienen su origen fuera de la zona de trabajo inmediata del individuo.	Nominal	Cualitativa
Existen niveles confortables de densidad social.	Sí/No			
Existen símbolos de la identidad de la institución y de los equipos.	Sí/No			
Existe iluminación natural, indirecta y enfocada a la zona de trabajo.	Sí/No			
Existe ventilación natural o mecánica.	Sí/No			
Existen sistemas de ventilación con aire enfriado.	Sí/No			

Anexo 7. Operacionalización de variable secundaria factores de diseño del entorno de trabajo (3 de 3)

Factores de diseño del entorno de Trabajo	Categorías	Definición Operacional	Escala Nominal	Tipo de Variable
(Características urbanísticas y recreo exterior)				
Existen zonas de recreo próximas a la institución.	Sí/No	Las condiciones ambientales exteriores, contiguas al edificio, pueden tener también consecuencias para la salud.	Nominal	Cualitativa
Existen niveles confortables de densidad social.	Sí/No			
Existe proximidad a restaurantes y comercios.	Sí/No			
Hay buena calidad del aire en la zona.	Sí/No			
Existe violencia en la zona.	Sí/No			

Anexo 8. Matriz de consistencia

Problema de Investigación	Objetivos de Investigación	Hipótesis	Variables e Indicadores	Población y Muestra	Alcance y Diseño	Instrumentos	Análisis Estadístico
<p>Problema general:</p> <p>¿Qué factores se relacionan con la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería en un hospital público en 2020?</p> <p>Problemas específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las frecuencias y porcentajes de la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería en un hospital público en 2020? • ¿Cuáles son las frecuencias de los factores personales del profesional de enfermería en un hospital público en 2020? • ¿Cuáles son las frecuencias de los factores culturales del profesional de enfermería en un hospital público en 2020? • ¿Cuáles son las frecuencias de los factores académicos del profesional de enfermería en un hospital público en 2020? • ¿Cuáles son las frecuencias de los factores laborales del profesional de enfermería en un hospital público en 2020? • ¿Cuáles son las frecuencias de los factores de diseño del entorno de trabajo del profesional de enfermería en un hospital público en 2020? 	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar qué factores se relacionan con la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería en un hospital público en 2020</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las frecuencias y porcentajes de la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería en un hospital público en 2020 • Identificar las frecuencias de los factores personales del profesional de enfermería en un hospital público en 2020 • Identificar las frecuencias de los factores culturales del profesional de enfermería en un hospital público en 2020 • Identificar las frecuencias de los factores académicos del profesional de enfermería en un hospital público en 2020 • Identificar las frecuencias de los factores laborales del profesional de enfermería en un hospital público en 2020 • Identificar las frecuencias de los factores de diseño del entorno de trabajo del profesional de enfermería en un hospital público en 2020 	<p>Hipótesis alterna:</p> <p>H1 = Los factores se relacionan significativamente con la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería en un hospital público en 2020.</p> <p>Hipótesis nula:</p> <p>H2 = Los factores no se relacionan significativamente con la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería en un hospital público en 2020.</p>	<p>Variable principal</p> <p>Percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería</p> <p>Variable secundaria</p> <p>Factores personales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Estado civil • Número de hijos <p>Factores culturales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lugar de procedencia • Religión <p>Factores académicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grado académico • Docencia en enfermería • Diplomado en enfermería • Especialidad en enfermería • Capacitación en Cuidado Humanizado • Ejercicio profesional <p>Factores laborales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condición laboral • Antigüedad laboral • Tiempo que lleva en el servicio • Servicio o área en la que trabaja • Número de pacientes promedio que atiende • Sistema de turnos • Tiene otro trabajo fuera del hospital. <p>Carga de trabajo</p> <p>Factores de diseño del entorno de trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Características físicas de la zona de trabajo • Características ambientales de la zona de trabajo • Características físicas de la zona de trabajo 	<p>La población estuvo conformada por profesionales de enfermería del Hospital San Juan de Lurigancho.</p> <p>La muestra se estableció por censo.</p> <p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profesionales de enfermería de todos los servicios del hospital • Profesionales de enfermería que deseen participar del estudio • Profesionales de enfermería que hayan cumplimentado el cuestionario de encuesta <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profesionales de enfermería que estén de vacaciones • Profesional técnico de enfermería 	<p>Diseño: Transversal</p> <p>Alcance: Correlacional</p>	<p>Se utilizó el instrumento validado Caring Efficacy Scale (CES) para la medición del cuidado humano transpersonal, basadas en la teoría de Jean Watson.</p> <p>Este consta de 30 ítems en los que el profesional de enfermería deberá responder una de las siguientes opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Totalmente de acuerdo • Moderadamente de acuerdo • Ligeramente de acuerdo • Ligeramente en desacuerdo • Moderadamente en desacuerdo • Totalmente en desacuerdo 	<p>Análisis descriptivo:</p> <p>Se calculó frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Además, se realizó promedios y desviación estándar en variables cuantitativas.</p> <p>Análisis inferencial</p> <p>Se realizó Chi - cuadrado y Kruskal Wallis. De igual modo, se tomó en cuenta la normalidad de la variable a través de la prueba estadística Kolmogorov-Smirnov, con una significancia estadística menor o igual a 0.05.</p>

Anexo 9. Consentimiento informado (1 de 2)

UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Consentimiento Informado

“Factores relacionados a la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería en un hospital público, 2020”

Estimado(a) licenciada(o) de Enfermería:

En esta oportunidad, se le invita a participar en la presente investigación, denominada “Factores relacionados a la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería en un hospital público, 2020”. El estudio tiene como objetivo determinar los factores relacionados con la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado de los profesionales de enfermería de un hospital público en 2020.

Riesgos del estudio:

El presente estudio no presenta riesgos para su salud, puesto que solamente se le aplicará una encuesta.

Procedimiento para la encuesta:

Usted recibirá la encuesta acerca de los factores relacionados con la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería en un hospital público en 2020. Su aplicación se realiza con la autorización de la Universidad Católica Sedes Sapientiae (UCSS). Responder a la misma no le demandará más de quince minutos.

Confidencialidad, privacidad y protección de datos:

La encuesta prevé el total anonimato de los datos mediante técnicas de filtrado automático. El cuestionario es completamente anónimo; es decir, no considera ningún dato personal, tal como dirección, información de contacto o números identificativos que, de algún modo, lo pudieran identificar. De esta manera, usted permanecerá en total anonimato. Ninguna persona podrá conocer los datos sensibles de los participantes; esto incluye a los mismos investigadores. Toda la información obtenida en el estudio es completamente confidencial, ya que sólo los miembros del equipo de trabajo conocerán los resultados primarios reflejados en el cuestionario.

Anexo 9. Consentimiento informado (2 de 2)

UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Consentimiento Informado

“Factores relacionados a la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería en un hospital público, 2020”

Declaración voluntaria

Yo he sido informado(a) del objetivo de estudio y he conocido los riesgos, procedimiento de la encuesta, confidencialidad, privacidad y protección de los datos, entre otros. Estoy enterado(a) también de que puedo participar del estudio o no, o en todo caso retirarme de este en el momento que considere necesario.

Por lo tanto, acepto voluntariamente participar de la investigación denominada “Factores relacionados a la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería en un hospital público, 2020”.

Nombres y apellidos del participante: _____

DNI: _____

Firma: _____

Fecha: ____/____/2020

Anexo 10. Ficha de datos (1 de 6)

UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Ficha de datos

“Factores relacionados a la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería en un hospital público, 2020”

Estimado(a) licenciada(o) de Enfermería:

A continuación, se le presenta una ficha de datos. Esta ha sido diseñada con el objetivo de relacionar la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería con algunos factores que aquí se muestran. Se agradece la mayor sinceridad posible.

I. Factores personales

1. Edad:

2. Sexo:

- a. Masculino
- b. Femenino

3. Estado civil

- a. Soltero
- b. Casado
- c. Viudo
- d. Divorciado
- e. Conviviente

4. Número de hijos: _____

Anexo 10. Ficha de datos (2 de 6)

UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Ficha de datos

“Factores relacionados a la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería en un hospital público, 2020”

II. Factores culturales

5. Lugar de procedencia:

- a. Lima
- b. Provincia

6. Religión:

- a. Católico
- b. Evangélico
- c. Adventista
- d. Otro: _____

III. Factores académicos

7. Grado académico:

- a. Licenciado
- b. Especialista
- c. Magíster
- d. Doctorado

Anexo 10. Ficha de datos (3 de 6)

UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Ficha de datos

“Factores relacionados a la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería en un hospital público, 2020”

8. Docencia en enfermería:

a. Sí

b. No

9. Diplomado en enfermería:

a. Sí

b. No

10. Especialidad en enfermería:

a. Sí

b. No

11. Capacitaciones en cuidado humanizado

a. Sí

b. No

12. Ejercicio profesional (en años o meses): _____

IV. Factores laborales

13. Condición laboral:

a. Nombramiento

b. CAS (contrato administrativo de servicios)

c. Terceros

Anexo 10. Ficha de datos (4 de 6)

UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Ficha de datos

“Factores relacionados a la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería en un hospital público, 2020”

14. Antigüedad laboral (en años, meses): _____

15. Tiempo que lleva en el servicio (en años, meses): _____

16. Servicio o área en la que trabaja: _____

17. Número de pacientes promedio que atiende: _____

18. Sistema de turnos:

- a. Matutino
- b. Vespertino
- c. Mixto

19. Tiene otro trabajo fuera del hospital

- a. Sí
- b. No

20. Carga de trabajo: _____

Carga de trabajo	Sí	No
Horas extras en el trabajo		
Labores domésticas		
Cuidado de los hijos		
Atención a familiares de edad avanzada y enfermos		
Colaboración con organizaciones de voluntariado o sindicatos		

Anexo 10. Ficha de datos (5 de 6)

UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Ficha de datos

“Factores relacionados a la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería en un hospital público, 2020”

V. Factores de diseño del entorno de trabajo

21. Características físicas de la zona de trabajo

	Sí	No
Existen ventanas en su zona de trabajo.		
Existen elementos naturales de interiores: plantas con macetas y/o decoración personalizada.		
Tiene control y/o manejo localizado del nivel acústico (ruido), iluminación y ventilación.		
Utiliza mobiliario y equipo ajustable y adecuado desde el punto de vista ergonómico.		

22. Características ambientales de la zona de trabajo

	Sí	No
Existen ambientes que permiten intimidad para la conversación y control del ruido.		
Existen niveles confortables de densidad social.		
Existen símbolos de la identidad de la institución y de los equipos.		
Existe iluminación natural, indirecta y enfocada a la zona de trabajo.		
Existe ventilación natural o mecánica.		
Existen sistemas de ventilación con aire enfriado.		

Anexo 10. Ficha de datos (6 de 6)

UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Ficha de datos

“Factores relacionados a la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería en un hospital público, 2020”

23. Características urbanísticas y recreo exterior

	Sí	No
Existen zonas de recreo próximas a la institución.		
Tiene acceso a aparcamiento y/o tránsito público.		
Existe proximidad a restaurantes y comercios.		
Hay buena calidad del aire en la zona.		
Existe violencia en la zona.		

Anexo 11. Cuestionario (1 de 5)

UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Ficha de datos

“Factores relacionados a la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería en un hospital público, 2020”

Estimado(a) licenciada(o) de Enfermería:

Se está realizando un trabajo de investigación que tiene como objetivo determinar los factores asociados con la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería. Las respuestas son anónimas. Se agradece la mayor sinceridad posible.

Instrucciones

Marque con un aspa (X) en el puntaje que mejor describa su percepción, según la siguiente escala de respuesta:

Desacuerdo (-)

Acuerdo (+)

(-3)	Totalmente en desacuerdo
(-2)	Moderadamente en desacuerdo
(-1)	Ligeramente en desacuerdo
(+3)	Totalmente de acuerdo
(+2)	Moderadamente de acuerdo
(+1)	Ligeramente de acuerdo

Anexo 11. Cuestionario (2 de 5)

UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Ficha de datos

“Factores relacionados a la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería en un hospital público, 2020”

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

Anexo 11. Cuestionario (3 de 5)

UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Ficha de datos

“Factores relacionados a la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería en un hospital público, 2020”

N.º	Ítems	(-3)	(-2)	(-1)	(+1)	(+2)	(+3)
9	Puedo caminar en una habitación con aspecto de serenidad y energía que haga sentir mejor a los clientes/pacientes.						
10	Soy capaz de sintonizar con un cliente/paciente en particular y olvidar mis preocupaciones personales.						
11	Usualmente puedo establecer alguna forma de relacionarme con la mayoría de los pacientes/clientes.						
12	Carezco de confianza en mi habilidad para hablar con pacientes/clientes cuyos orígenes son diferentes al mío.						
13	Siento que si tengo una conversación muy personal con mis pacientes/clientes las cosas pueden perder el control.						
14	Uso lo que aprendo de mis conversaciones con clientes/pacientes para suministrar un cuidado más individualizado.						
15	No me siento con la fortaleza suficiente para escuchar los temores y las preocupaciones de mis clientes/pacientes.						
16	Aun cuando siento confianza en mí misma respecto a la mayor parte de las cosas, todavía soy incapaz de relacionarme con clientes/pacientes.						

Anexo 11. Cuestionario (4 de 5)

UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Ficha de datos

“Factores relacionados a la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería en un hospital público, 2020”

N.º	Ítems	(-3)	(-2)	(-1)	(+1)	(+2)	(+3)
17	Creo tener problemas para relacionarme con mis clientes/pacientes.						
18	Usualmente puedo establecer una relación estrecha con mis clientes/pacientes.						
19	Usualmente logro agradecerles a mis clientes/pacientes.						
20	A menudo encuentro difícil transmitir mi punto de vista a los pacientes/clientes cuando lo necesito.						
21	Cuando trato de resolver un conflicto con clientes/pacientes, habitualmente lo hago peor.						
22	Si pienso que un cliente/paciente está incómodo o puede necesitar ayuda, me acerco a esa persona.						
23	Si encuentro difícil el relacionarme con un cliente/paciente, dejo de trabajar con esa persona.						
24	A menudo encuentro difícil relacionarme con clientes/pacientes de culturas diferentes a la mía.						

Anexo 11. Cuestionario (5 de 5)

UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Ficha de datos

“Factores relacionados a la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería en un hospital público, 2020”

N.º	Ítems11	(-3)	(-2)	(-1)	(+1)	(+2)	(+3)
25	He ayudado a muchos clientes/pacientes a través de mi habilidad para desarrollar relaciones cercanas y significativas.						
26	A menudo, encuentro difícil expresar empatía con clientes/pacientes.						
27	A menudo, me siento agobiada por la naturaleza de los problemas que los clientes/pacientes están viviendo.						
28	Cuando un paciente/cliente está teniendo dificultades para comunicarse conmigo, soy capaz de adaptarme a su nivel.						
29	Aun cuando realmente trato, no puedo terminar los cuidados con clientes/pacientes difíciles.						
30	No uso formas creativas o poco usuales para expresar cuidados a mis clientes.						